



**LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU**  
*Lahti University of Applied Sciences*

# OPPAAN TUOTTAMINEN HOITAJILLE AIVOKASVAINPOTILAAN OHJAUKSEEN

LAHDEN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Opinnäytetyö  
Pipsa Jääskeläinen  
Syksy 2011

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysalan laitos  
Hoitotyön koulutusohjelma

JÄÄSKELÄINEN, PIPSA:

Oppaan tuottaminen hoitajille aivokasvaintilaa ohjaukseen

Sairaanhoitaja AMK, 51 sivua, 14 liitesivua

Syksy 2011

## TIIVISTELMÄ

---

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa Päijät-Hämeen keskussairaalan Neurologian osaston hoitajille opas aivokasvaintilaa ohjaukseen. Toimeksiannon opinnäytetyölle sain Neurologian osaston osastonhoitajalta. Oppaan pitkän ajan tavoitteena oli tuottaa sellainen ohjausopas, joka toisi helpotusta ohjaukseen ja lisäisi hoitajien tietämystä.

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä tuotettu aivokasvaintilaa ohjausopas perustuu Päijät-Hämeen keskussairaalan tehtyyn syöpäpotilaa ohjausrunkoon. Lisäksi oppaan sisällöstä on keskusteltu hoitajien, osastonhoitajan ja eri alojen ammattilaisten kanssa. Lopullisessa ohjausoppaassa käsitellään yleisiä asioita aivokasvaimista, henkistä tukemista, seksuaalisuutta, ravitsemusta, sosiaalietuuksia, kivunhoitoa, kuntoutusta sekä hygieniaa ja infektioita.

Tämä hoitajille tarkoitettu aivokasvaintilaa ohjausopas on tehty myös sähköiseen versioon, joka helpottaa jatkossa oppaan päivittämistä ja se on helppo tulostaa myös paperiversioksi. Oppaasta hyötyvät hoitajat, potilaat ja muut osastolla työskentelevät.

Oppaan sisältöä ovat kommentoineet Neurologian osaston osastonhoitaja sekä Päijät-Hämeen keskussairaalan syöpäpotilaiden kuntoutusohjaaja. Näiden kommenttien perusteella opasta muokattiin vielä sellaiseen muotoon, että se parhaiten palvelisi hoitajien ohjaukseen liittyviä tarpeita.

Avainsanat: aivokasvain, potilasneuvonta, opas

Lahti University of Applied Sciences  
Faculty of Social and Health care  
Degree Programme in Nursing

JÄÄSKELÄINEN, PIPSA:

Producing a guide for nurses for brain tumor patients' guidance

Bachelor's Thesis in Nursing, 51 pages, 14 appendices

Autumn 2011

## ABSTRACT

---

The purpose of this functional thesis was to produce a guide for brain tumor patients' guidance for the Neurology ward in Lahti Central Hospital. The assignment of the thesis came from the head nurse of the Neurology ward. The long term objective of the guide was to produce a guide which would bring relief to guidance and increase the knowledge of nurses.

The brain tumor patient control guide produced in the thesis is based on the cancer patient's control frame made in Lahti Central Hospital. In addition there has been discussion with the other nurses, the head nurse and professionals in various fields. The final guide deals with general issues of brain tumors, emotional support, sexual health, nutrition, social security benefits, pain management, rehabilitation, hygiene and infections.

This guide of brain tumor patient guidance made for nurses is also available in electronic version which makes it easier to update and it is also easy to print a paper version. The guide will benefit nurses, patients and other employees working in the Neurology ward.

Content of the guide have commented by the Neurology ward head nurse and rehabilitation counselor of Lahti Central Hospital. After their comments the guide was modified into a form that it could best serve the needs of nurses related to guidance.

Key words: brain tumor, patient guidance, guide

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET	2
3	PEREHDYTYS HOITOTYÖSSÄ	3
3.1	Hyvä perehdytys	3
3.2	Perehdytysmateriaali	4
4	POTILASOHJAUS	6
5	AIVOKASVAINPOTILAAN OHJAUS SYÖPÄPOTILAAN OHJAUSRUNGON POHJALTA	8
5.1	Aivokasvaimet	8
5.2	Henkinen tukeminen	10
5.3	Ravitsemus	12
5.4	Sosiaaliuudet	13
5.5	Kivunhoito	15
5.6	Kuntoutus	17
5.7	Seksuaalisuus	18
5.8	Hygienia ja infektiot	20
6	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	22
6.1	Ideointi- ja suunnittelu	22
6.2	Toteutus	23
7	POHDINTA	27
7.1	Prosessin arviointi	27
7.2	Tuotoksen arviointi	29
7.3	Jatkokehitysideat	31
	LÄHTEET	32
	LIITTEET	38

# 1 JOHDANTO

Suomessa todetaan vuosittain yli 600 uutta aivokasvaintapausta eli noin kymmenen tapausta 100 000 ihmistä kohden. Kaikista kasvaintyypeistä aivokasvaimet muodostavat noin 3 %. Aivokasvaimia todetaan eniten varhaislapsuudessa ja keski-ikäen ylittäneillä ihmisillä. (Kallio 2009.) Noin puolet diagnosoiduista aivokasvaimista on hyvänlaatuisia ja toinen puoli huonolaatuisia. Ennustettavissa oleva elinaika voi kasvaimesta riippuen olla vuodesta kymmeneen vuosiin. Vuosittain 1 000–3 000:lla muuta syöpää sairastavalla todetaan etäpesäke aivoissa. Näin tapahtuu kuitenkin usein vasta syövän loppuvaiheessa. (Helén 2001, 1555–1559.)

Potilasohjaus on hyvin tärkeä osa hoitoprosessia ja sen merkitystä korostetaan koko ajan. Ohjauksen tulee olla ohjaajan ja ohjattavan avointa keskustelua tietyistä asiasta. Kun ohjaus on onnistunut, potilas tietää sairaudestaan ja siihen liittyvistä asioista riittävästi ja hänelle muodostuu tietynlainen turvallisuuden tunne sairautteen liittyen. (Salmenperä, Tuli & Virta 2002, 295–296.)

Opinnäytetyönäni olen tuottanut oppaan Päijät-Hämeen keskussairaalan Neurologian osaston hoitohenkilökunnalle aivokasvainpotilaan ohjaukseen. Opinnäytetyö on rajattu koskemaan Päijät-Hämeen Sosiaali- ja terveystieteiden syöpäsairaalan hoitajaryhmän kehittämää syöpäpotilaan ohjausrunkoa. (LIITE 1) Ajatus aivokasvainpotilaan ohjaukseen tarkoitettua oppaasta heräsi, kun tiedustelin mahdollisia opinnäytetyön aiheita aiemmasta harjoittelupaikastani Päijät-Hämeen keskussairaalan Neurologian osastolta. Osastonhoitajan pitämässä kehityskeskusteluissa oli ilmennyt hoitajien saralta tarve yhtenäiselle ohjausoppaalle, sillä yhtenäistä opasta ei ole ollut käytössä. Valintaani vaikutti myös oma kiinnostukseni neurologisen potilaan hoitoa kohtaan ja se, että samalla saan kehittää työyhteisöäni.

Opinnäytetyö on toteutettu projektiluonteisena työnä, jolla tarkoitetaan tavoitteellista, tietyn ajan kestävästä prosessia. Opinnäytetyön onnistumisen takaamiseksi se on suunniteltava ja toteutettava kunnolla sekä arvioitava tarkasti. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 48–49.)

## 2 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Päijät-Hämeen keskussairaalan Neurologian osaston aivokasvainpotilaille annettavaa ohjausta. Lyhyen aikavälin tavoitteena on tuottaa hoitajille sellainen aivokasvainpotilaan ohjausopas, josta he hyötyisivät mahdollisimman paljon. Toiminnallisena opinnäytetyönä tuotetun oppaan pitkän aikavälin tavoitteena on tuoda hoitajille lisää tietämystä aivokasvainpotilaista sekä edistää Päijät-Hämeen keskussairaalan Neurologian osastolla olevien aivokasvainpotilaiden ohjausta. Pitkän aikavälin tavoitteena on lisäksi lisätä aivokasvainpotilaiden tietämystä sairaudestaan ja sitä kautta auttaa heitä sopeutumaan tilanteeseensa.

### 3 PEREHDYTYS HOITOTYÖSSÄ

Perehdytyksellä tarkoitetaan sellaisia toimenpiteitä, joiden kautta uusi työntekijä oppii tuntemaan uuden työpaikkansa, työnsä, työpaikan tavat ja ihmiset sekä työhön liittyvät odotukset. Perehdytys voidaan nähdä eräänlaisena investointina, jolla esimerkiksi lisätään työntekijöiden osaamista ja vähennetään työtaturmia. (Penttinen & Mäntynen 2009.)

Tässä toiminnallisessa opinnäytetyössä on tuotettu Päijät-Hämeen keskussairaalan Neurologian osaston hoitajille opas apuvälineeksi aivokasvainpotilaan ohjaukseen. Tämän oppaan kautta hoitajilla on mahdollisuus perehtyä lähemmin aivokasvainpotilaiden ohjauksessa mahdollisesti käsiteltäviin asioihin. Sen lisäksi että opas antaa hoitajille uutta tietoa, se toivottavasti herättää keskustelua, mikä omalta osaltaan edistää hoitajien perehtyneisyyttä aivokasvainpotilaisiin ja heidän ohjaustaitoaan.

#### 3.1 Hyvä perehdytys

Hyvä perehdytys edellyttää suunnitelmallisuutta, dokumentointia, valmistautumista ja jatkuvuutta. Hyvän perehdytysuunnitelman tekemiseen tarvitaan eri edustajien yhteistyötä. (Penttinen & Mäntynen 2009.)

Lahden (2007) tekemässä tutkimuksessa liittyen sairaanhoitajien työhön perehdyttämiseen sairaanhoitajat kokevat perehdytyksen puutteelliseksi. Määräaikaiset työntekijät pitävät perehdytystä heikompana kuin vakituiset. Vakituiset työntekijät haluavat perehdytyksen olevan niin riittävää ja monipuolista, että sillä selviää työstä pitkällä aikavälillä hyvin. Määräaikaiset haluavat aluksi vain perehdytyksen, jolla he selviävät sijaisuuden aikaisesta työstä. Tutkimukseen osallistuneista hoitajista vain 25 % kokee sitoutuneensa edes tyydyttävästi työyhteisöön. Salosen (2004) tutkimuksessa mentoroinnista ja sairaanhoitajien pätevyydestä saatiin perehdyttämisestä samankaltaisia tuloksia kuin Lahden (2007) tutkimuksessa. Perehdytys hoitotyöhön koetaan liian vähäisenä. Eri yksiköiden väliset erot perehdytyksen ajasta ja sen suunnittelusta ovat suuria. Tutkimuksessa perehdyttämisen

kehittämiskohteiksi nousevat palautteen antaminen ja perehdytyksen suunnittelu niin, että se vastaa työyksikön vaatimuksia. Lahden (2007) tutkimuksesta käy myös ilmi olettamus, että työpaikkaa vaihtanut sairaanhoitaja ei tarvitsisi kunnon perehdytystä. Tällöin huomio perehdytyksessä tulee kuitenkin kiinnittää yksilöllisen perehdytysuunnitelman luomiseen. Samoin kuvitellaan asian olevan opiskelijoiden suhteen. Jos uusi työntekijä on ollut työyhteisössä opiskelijana, ei perehdytystä anneta, vaikka työn kuva muuttuu. Sairaanhoitajan työtehtäviin kuuluu myös sellaisia asioita, joita ei opiskelijasijaisena saa tehdä.

Ala-Fossin ja Heinisen (2003) tutkimuksen mukaan puutteellisen perehdytyksen taustalla ovat terveydenhuollon niukat resurssit. Tutkimuksessa käy ilmi, ettei työpaikoilla ole perehdyttämistehtävään nimettyjä henkilöitä, jolloin tämä jää jokaisen omalle vastuulle. Perehdytyksessä tärkeää onkin oma-aloitteisuus. Tutkimuksen mukaan hoitajat toivovat perehdytyksessä erilaisten perehdytyskansioiden ja perehdytysvihkojen korostamista.

### 3.2 Perehdytysmateriaali

Kaikissa terveyteen liittyvissä aineistoissa tulee olla käsitys terveyden arvoista ja terveyden edistämisestä. Kun kehitetään terveyden edistämiseen liittyvää aineistoa, on tärkeää, että kohderyhmän edustaja on mukana suunnittelemassa aineistoa. Tällöin aineisto vastaa yleensä parhaalla tavalla tarkoitustaan. (Rouvinen-Wilenius 2008, 5.)

Hyvä perehdytysmateriaali luo kokonaiskuvan oppimisesta. Hyvä perehdytysmateriaali on lisäksi ulkoasullisesti selkeä, havainnollinen ja johdonmukainen. Perehdytysmateriaali on hyvä olla samansisältöisenä sekä painettuna versiona että verkossa. Perehdytysmateriaalia ei tule antaa yksittäisinä lehtinä vaan materiaali tulee kerätä yhdeksi kokonaisuudeksi. Näin vältetään materiaalin katoaminen. (Frisk 2005, 82.) Perehdytysmateriaali toimii muistin tukena, se helpottaa mieleen painamista ja asian muistamista. Perehdytysmateriaalina voi toimia esimerkiksi



perehdytysopas tai -kansio, yrityksen toimintakertomus, ammattikirjallisuus tai videot. (Kangas 2007, 10.)

Perehdytysmateriaalia suunniteltaessa on pohdittava käytännöllisiä ratkaisuja. Perehdyttämistä varten toteutettu materiaali kannattaa pitää mahdollisimman pienenä. Materiaaliin on oltava helppo tutustua ja se on oltava helposti saatavilla. Kun tuotetaan perehdyttämismateriaalia, sen päivittämisestä on sovittava jo tuottamisvaiheessa. (Kjelin & Kuusisto 2003, 206.) Perehdytysmateriaali voidaan ajatella myös oppimateriaalina. Hyvä oppimateriaali havainnollistaa ja monipuolistaa kerrottavaa asiaa sekä opettaa uutta. Materiaali on pyrittävä kokoamaan niin, että sen lukija voi mahdollisimman helposti ymmärtää keskeisen sisällön. Materiaalia tuotettaessa tulee ottaa huomioon esimerkiksi kohderyhmä, tavoite, sisältö ja ymmärrettävyys. (Oulun yliopiston opetuksen kehittämissyksikkö.)

Terveysten edistämisen keskus on määrittänyt laatukriteerit terveystieteille. Näiden kriteerien tarkoituksena on parantaa terveystieteiden laatua varsinkin tavoitellun lukijaryhmän näkökulmasta, toimia terveystieteiden arvioinnin ja kehittämisen välineenä ja tukea terveystieteiden johdonmukaista arviointia. Laatukriteereinä esitetään seitsemän erilaista standardia, joita täsmentävät 35 erilaista kriteeriä. Terveystieteillä tulee olla selkeä hyvinvointi- ja terveystavoite, sen tulee välittää tietoa terveyden taustatekijöistä ja antaa tietoa keinoista, joilla saadaan muutoksia elämäntapoihin ja käyttäytymiseen. Aineiston on motivoitava yksilöitä positiivisiin päätöksiin terveyden näkökulmasta. Aineiston tulee palvella käyttäjäryhmän tarpeita, herättää mielenkiintoa ja luottamusta sekä luoda hyvä tunnelma. Aineistossa tulee näiden lisäksi olla otettu huomioon aineistomuoto, julkaisumuoto ja sisällön luomat vaatimukset. Näiden standardien kriteerejä käsitellään myöhemmin pohdinta-osiossa. Kaikkien standardien ei välttämättä tule täyttyä, koska niistä tarkastellaan jokaisen eri aineiston näkökulmasta merkityksellisiä osioita. (Rouvinen-Wilenius 2008, 10–11.)

#### 4 POTILASOHJAUS

Potilasohjauksen tavoitteena on kummankin puoleinen aktiivisuus sekä potilaan ja omaisten osallistuminen hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Tärkeää on saada asianmukaista tietoa huomioiden jokaisen ihmisen omat tarpeet. Tiedon jakamisen tulee olla molemminpuolista. Potilas kertoo tuntemuksistaan, ajatuksistaan ja kokemuksistaan ja hoitaja taas kertoo tiedot sairauteen liittyvistä asioista ja niiden kulusta. Ohjauksen tarkoitus on tuoda potilaalle turvallisuuden tunne hoitoon liittyen, jolloin potilas kokee olonsa turvalliseksi ja luottaa hoitohenkilökunnan ammattitaitoon. (Salmenperä ym. 2002, 295–296.)

Kääriäisen, Kyngäksen, Ukkolan ja Torpan (2005, 13–15) mukaan ohjauksen merkitystä sairaanhoidossa tulee koko ajan painottaa enemmän. Usein potilaat tarvitsevat ohjausta jo paljon ennen sairaalaan tuloa. Sairaalassa ohjauksen on todettu painottuvan monesti sosiaaliseen tukeen. Nykyään potilasohjaus on monesti potilaista lähtevää, mutta silti on tärkeää kiinnittää huomiota esimerkiksi potilaan tarpeisiin ja elämäntilanteeseen. Potilaista noin 40 % kokee saaneensa sairaalassa tarpeeksi ohjausta. Potilaat kokevat saavansa liian vähän tietoa sairauden syistä, ennusteesta, vaaratekijöistä ja hoitovaihtoehdoista kun taas sairaudesta, sen hoidosta ja oireista koetaan saavan tarpeeksi tietoa. Potilaat kokevat ohjauksen vaikuttavan terveyden ylläpitämiseen ja sen edistämiseen. Kääriäisen ym. (2006, 7-12) tutkimuksesta käy ilmi, että omien kokemustensa mukaan hoitajat omaavat parhaat tiedot sairaudesta, tutkimuksista ja vaaratekijöistä. Heikot tiedot hoitajat omaavat potilaiden hoitovaihtoehdoista ja sairauden vaikutuksista perheeseen. Stenbäck (2005) on tutkinut neurologisen potilaan ohjausta, jonka mukaan 79 % hoitohenkilöstöstä pitää tietojaan hyvinä hoitovaihtoehdoista, hoitotoimenpiteistä, tutkimuksista, tutkimustuloksista, lääkkeiden käytöstä, hoitoon liittyvistä riskeistä, hoidonjälkeisestä voinnista ja ongelmista sekä toipumisajan pituudesta. Kuntoutuspalveluista vain 55 % vastasi tietävänsä hyvin. Vielä heikommin hoitajat tietävät sosiaalietuuksista. Kaikilta osin hoitajien omat ja potilaiden kokemukset eivät ole samoja.

Leikkola (2006) on tutkinut neurologisten potilaiden ja heidän omaistensa selviytymistä leikkauksen jälkeen. Potilaiden mukaan hoitohenkilökunta on ollut tärkeä tiedonlähde leikkauksen jälkeen. Henkilökunnalta he ovat saaneet vastaukset kysymyksiinsä, jotka ovat jääneet heille epäselviksi. Tutkimuksen mukaan potilaat ovat kysyneet asioita usein ensin fysioterapeuteilta, koska heidän kanssaan he keskustelevat muusta kuntoutuksesta. Potilaat kokevat oman aktiivisuuden olevan tärkeää, koska ilman omia kysymyksiä he ovat huomanneet saavansa liian vähän tietoa. Stenbäkin (2005) mukaan neurologisen potilaan ohjaus koostuu päivittäin hoitotoimenpiteiden yhteydessä tehtävästä ohjauksesta. Ohjaus ei ole ainoastaan yksittäisiä ohjaustilanteita, vaan myös ohjausta hoitotyön lomassa. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstö käyttää päivittäin 2,7 tuntia ohjaukseen. Varsinkin aivo-verenkiertohäiriöpotilaiden kanssa ohjaus on lähes koko ajan mukana erilaisissa hoitotoimenpiteissä kuten syömisessä, pukeutumisessa ja liikkumisessa.

Stenbäckin (2005) mukaan hoitajat pitävät yleisesti ohjaukseen tarvittavaa tietomäärää hyvänä, mutta ohjaustaito koetaan heikompana. Potilaat kokevat ohjauksen suurelta osin riittäväksi. Parhaiten tietoa potilaille annetaan sairauden oireista ja omaisille itse sairaudesta. Esimerkiksi kuntoutuksesta ja sosiaalietuuksista koetaan saavan melko huonosti tietoa, vaikka nämäkin asiat koetaan tärkeinä. Tutkimuksessa selvitettiin myös, kuinka hoitohenkilökunnan ja potilaiden mielestä ohjausta voitaisiin kehittää. Moni kokee, että ohjaustilanteeseen on liian vähän aikaa käytettävissä ja että siihen liittyy usein häiriötekijöitä. Ohjaustilanteen tulee olla rauhallinen tilanne, josta ei ole mihinkään kiire.

## 5 AIVOKASVAINPOTILAAN OHJAUS SYÖPÄPOTILAAN OHJAUSRUNGON POHJALTA

Päijät-Hämeen keskussairaalassa on rakennettu ohjausrunko syöpäpotilaan ohjaukseen, jonka mukaan syöpäpotilaiden ohjaus tulee nykyään toteuttaa. (LIITE 1) Tässä osassa käsittelemme kaikkia ohjausrungossa mainittuja syöpäpotilaan ohjauksen osa-alueita aivokasvainpotilaan näkökulmasta.

### 5.1 Aivokasvaimet

Aivokasvaimen ennuste ja hoito määräytyvät pahanlaatuisuuden luokittelun ja luotettavan nimeämisen perusteella (Salmenperä ym. 2002, 284). Magneettikuvala voidaan paljastaa kasvain ja myös todeta viitteet sen laadusta selkeästi. Tästä huolimatta noin 10 % kasvaimista luokitellaan kuvan perusteella väärin. (Kallio, Jääskeläinen & Kouri 2011, 396.)

Aivokasvainten pahanlaatuisuus ilmaistaan asteikolla I-IV. Tämä asteikko antaa ennusteesta melko karkean kuvan. Luokitteluun liittyviä kriteerejä ovat esimerkiksi solukkuus, verisuonten uudismuodostus ja nekroosit. (Kallio ym. 2011, 396.)

Noin puolet keskushermoston kasvaimista on hyvälaatuisia. Näitä hyvälaatuisia kasvaimia ovat esimerkiksi meningeooma, schwannooma, astrozytoma ja hypofyysiadenooma. Gradus-luokan I kasvaimet ovat hitaasti kasvavia, tarkkarajaisia eivätkä tuhoa ympärillä olevaa aivokudosta. Näiden kasvainten hoidossa kokonaispoisto on usein mahdollinen ja parantava hoito. (Salmenperä ym. 2002, 285.) Osapoiston jälkeen seuranta on syytä jatkaa yli 10 vuotta (Kallio 2009). Gradus-luokan I kasvaimet eivät yleensä muutu pahanlaatuisiksi. Gradus II-IV-luokan kasvaimet ovat yleensä sellaisia kasvaimia, joihin ei ole parantavaa hoitoa, koska kasvaimet kasvavat aivokudoksen sisään ja voivat muuttua pahanlaatuisiksi. (Kallio ym. 2011, 398). Luokan II kasvaimet kasvavat yleensä hitaasti. Näitä kasvaimia ovat esimerkiksi astrozytomaat. Gradus-luokan II kasvaimia saadaan harvoin poistettua kokonaan. Elinajanodotteen keskiaika on noin seitsemän vuotta. Gradus-luokan III kasvainten elinajanodotteen keskiaika on noin viisi vuotta.

Luokan IV aivokasvaimia ovat glioblastoomat. Glioblastooma on glioomista yleisin ja pahanlaatuisin. Näiden kasvainten elinajanodotteen keskiaika on noin vuosi. (Kallio 2009.)

Gliooma on aivokasvaimista tavallisin primaari kasvain muodostaen noin puolet primaareista kasvaimista. Se saa alkunsa tukisoluista, jotka ympäröivät aivokudoksen hermosoluja. (Salmenperä ym. 2002, 286; Kallio 2009.) Gliooman hoito on monivaiheista. Kasvainta hoidetaan aluksi leikkauksella, jonka jälkeen annetaan solunsalpaajahoitoa estämään kasvaimen kasvu. Sätehoitoa voidaan antaa potilaalle primaarisena tai postoperatiivisesti. (Jääskeläinen, Mäenpää, Kouri, Ilveskoski & Paetau 2006, 584–588.)

Meningeooma on usein poistettavissa kokonaan, sillä se kasvaa hyvin tarkkarajaisesti. Meningeooma kasvaa lukinkalvon soluista ja kiinnittyy kovakalvoon. (Kallio ym. 2011, 398.) Yli 90 % meningeoomista on hyvänlaatuisia. Meningeoomat ovat neurokirurgisesti hoidettavista kasvaimista tärkeimmät. Leikkauksen lisäksi niihin käytetään hoitona joskus sädehoitoa. Kasvaimia leikataan myös uudelleen. Meningeooma työntää tieltään aivohermoja ja -kudosta. Se aiheuttaa potilaalle oireita painamalla aivokudosta tai -hermoja. Tavallisimpia oireita ovat päänsärky ja epileptiset kohtaukset. (Jääskeläinen ym. 2006, 590–591.)

Schwannooma eli toiselta nimeltään neurinooma on lähestulkoon aina hyvälatainen, hitaasti kasvava ja tarkkarajainen kasvain, joka lähtee kasvamaan Schwannin soluista. Ensisijaisena hoitokeinona käytetään leikkausta, jossa pyritään poistamaan koko kasvain. Tämä on melkein aina parantava hoitokeino. (Kallio ym. 2011, 416–417.) Leikkauksen lisäksi voidaan käyttää sädehoitoa. Tyypillisimmän Schwannooman eli akustikusneurinooman oireita ovat huimaus, tinnitus ja toispuoleinen kuulon heikkeneminen. (Jääskeläinen ym. 2006, 591.)

Hypofyysiadenooma eli aivolisäkkeen kasvain on normaalisti hidaskasvuinen ja hyvälatainen. Aivolisäkkeen kasvaimista noin 75 % erittää hormonia, joka aiheuttaa tietynlaisen oireyhtymän. Hormonin liikaeritys aiheuttaa pään, leuan, nenän, jalkojen ja käsien suurenemista sekä maidon eritystä ja lapsettomuutta. Loput

25 % aivolisäkkeen kasvaimista voivat aiheuttaa näön heikentymistä ja aivolisäkkeen toiminnan vajausta. Hoitomuotona näissä kasvaimissa käytetään kasvaimen poistoa ja lääkehoitoa. (Salmenperä ym. 2002, 287–286.)

## 5.2 Henkinen tukeminen

Kriisireaktio syntyy, kun ihminen sairastuu vakavasti. Jokaisen ihmisen kriisi on yksilöllinen. Yleisesti kriisi jaetaan neljään vaiheeseen, jotka ovat sokki-, reaktio-, läpityöskentely ja uudelleensuuntautumisvaihe. Sokkivaihe on melko lyhytaikainen, enintään muutaman vuorokauden kestävä. Sen aikana potilas kieltää tapahtuneen, ei kykene ymmärtämään asian todellisuutta, toimii epäjohdonmukaisesti, lamaantuu ja kokee vapinaa, sydämentykytyksiä sekä pahoinvointia. Sokkivaiheessa potilas ei kykene arvioimaan omaa avuntarvettaan, jonka takia apua tulee tarjota aktiivisesti. Hoitajan on oltava potilaan läsnä: kuunnella, koskea, antaa tietoa ja järjestää apua. (Pulkkinen & Vesanen 2010, 602–604.) Tärkein asia shokkivaiheessa on, että potilas saa kokea auttajien hallitsevan tilanteen. Tietoa potilaalle on annettava selkeästi ja apua konkreettisesti. (Lönngqvist 2005.) Saarelaisen (2009) tutkimuksessa pohditaan henkisen ja hengellisen tuen merkitystä potilaan saamassa tuessa sairastuttuaan syöpään. Tutkimuksen mukaan potilaan kuullessa syöpädiagnoosista, ilmaantuu lähes aina voimakas ja negatiivinen tunnereaktio tietoon liittyen.

Sokin jälkeen tulee reaktiovaihe, joka kestää viikoista kuukausiin. Sen tunnistaa voimakkaista tunteista. Potilas on pelokas, ahdistunut, itkuinen ja vihainen. Potilas yrittää löytää syytä tapahtuneelle ja toisaalta kieltää tapahtuneen. Tärkeää on auttaa kohtaamaan uusi, muuttunut todellisuus ja käsitellä asiaa potilaan ehdoilla sekä antaa ajantasaista ja rehellistä tietoa. Yleensä tarvitaan lisää tukea. (Pulkkinen & Vesanen 2010, 604–606.) Auttajan tehtävänä on arvioida, kuinka paljon tietoa potilas kykenee käsittelemään. Tiedon antamisen lisäksi yhtä tärkeää on kuunnella potilasta aktiivisesti ja ymmärtää psyykkistä kipua. (Lönngqvist 2005.) Saarelaisen (2009) mukaan suuri osa syöpään sairastuneista kuvaa alakuloisuutta ja masennuksen tunnetta, varsinkin kun hoidot ovat käynnissä.

Sairastuneet kokevat, että vaikeassa tilanteessa myötäeläminen on tärkeää kuuntelemisen ja keskustelemisen lisäksi. Osa syöpään sairastuneista kertoo, että on saanut sairaalan kautta tukea, osa ei.

Läpityöskentelyvaiheessa huomio kohdistetaan tapahtumien työstämiseen ja ymmärtämiseen. Tämä vaihe on kestoaltaan yleensä muutamasta kuukaudesta vuoteen. Tärkeää on tukea potilasta suuntaamaan elämä eteenpäin ja antaa tietoa mahdollisista tukipalveluista ja kriisin vaikutuksista. Uudelleensuuntautumisen vaihe kestää vuosia. Trauman potilas kokee tuskanviiltoina, jotka ovat hetkellisiä. Menetetyn tilalle löytyy uusia asioita, joita tulee vaalia. (Pulkkinen & Vesanen 2010, 602–604.) Hoitavalta henkilöltä edellytetään uudelleen suuntautumisen vaiheessa rauhallista rohkaisua, pitkäjänteisyyttä ja optimismia (Lönngqvist 2005). Saarelaisen (2009) mukaan normaaliin arkeen ja elämään siirtyminen hoitojen jälkeen voi tuntua raskaalle. Varsinkin silloin, jos kokee itsensä muuttuneen ihmisenä, normaaliin elämään paluu voi olla vaikeaa.

Kettunen (2007) on tutkinut läheisten kokemuksia tuesta ja vallasta vuorovaikutuksessa syöpää sairastavan kanssa. Syöpään sairastuneen omaiset uskovat hoitohenkilökunnan osaavan olla tukena, koska heillä on siitä kokemusta. Hoitohenkilökunta tietää, millaisia asioita syöpään sairastuneet joutuvat käymään läpi. Tutkimukseen vastanneet potilaat ja heidän omaisensa kokevat riittämättömäksi hoitohenkilökunnalta ja lääkäriltä saadun tuen. Harju, Rantanen, Tarkka ja Åstedt-Kurki (2011, 221–227) ovat tutkineet eturauhassyöpäpotilaiden ja heidän läheistensä kokemuksia saamastaan tuesta sairaalassa. Tutkimuksen mukaan potilaat ovat saaneet sairaalassa melko hyvin sosiaalista tukea. Yli puolet vastanneista potilaista kertoo hoitajien osoittaneen emotionaalista tukea koko sairastuneen perhettä kohtaan hyvin. Suurin osa hoitajista kertoo ottavansa perheen mukaan hoitotyön suunnitteluun, koska tämä auttaa potilasta pysymään tietoisena hoidoistaan. Tutkimuksesta käy ilmi, että ne potilaat ja heidän omaisensa saavat enemmän sosiaalista tukea, jotka ovat pidemmän ajan sairaalassa. Kettusen (2007) tutkimuksesta käy ilmi, että läheisten mukaan syöpää sairastavalle on tärkeää osoittaa tukea silloinkin, kun tämä ei tukea haluaisi vastaanottaa. Tärkeä tukimuoto on myös se, että vaikka sairastuneella on huono päivä, häntä kuunnellaan ja ymmärretään sa-

malla tavalla kuin parempina päivinä. Tukemisessa on tärkeää olla välillä myös muistuttamatta sairasta syövästä ja keskustella muistakin asioista kuin voinnista. Sairasta lannistaa liiallinen hössötys ja se koetaan negatiivisena asiana.

### 5.3 Ravitseminen

Eri syöpätauteja pidetään sairauksina, jotka voivat aiheuttaa suurella todennäköisyydellä potilaalle vajaan ravitsemusvaaran. Hyvää ravitsemustilaa pidetään syöpäpotilaan hoidon kulmakivenä. (Schwab 2009, 176.) Syöpäkasvain voi erittää sellaisia nesteitä, jotka voivat aiheuttaa potilaalle aineenvaihdunnan muutoksia, rasva- ja lihaskudoksen menetystä, syömisen vähenemistä ja tätä kautta painon laskua. Myös leikkaus-, solunsalpaaja- ja sädehoito voivat aiheuttaa sekä lyhyt- että pitkäkestoisia ongelmia ravitsemukseen. Kortisoni- ja hormonihoito voivat toisaalta aiheuttaa ruokahalun lisääntymistä ja painon nousua. 20–80 % syöpäpotilaista on vajaan ravittuja. (Viitala 2010, 311.) Jos aliravitsemustilaa ei hoideta, se voi johtaa elämän laadun heikkenemiseen, masennukseen, väsymykseen, lihasheikkouteen ja huonoon syöpähoitojen sietokykyyn sekä suurentuneeseen infektioherkkyyteen (Nuutinen, Alahuhta, Ala-Kokko 2005, 552).

Syöpäpotilaan ravitsemuksen hoitamiseen kuuluvat ravitsemusohjaus, ravitsemustilan arviointi, ravintovalmisteiden käyttö ja tarvittaessa myös letku- tai parenteraalinen ravitseminen ja sen seuranta. Hyvällä ravitsemustilalla edistetään erilaisten syöpähoitojen sietoa, vähennetään infektioita ja leikkaukskomplikaatioita, lyhennetään sairaalassaoloaika ja parannetaan potilaan elämänlaatua. Kun ravitsemuksen hoitaminen aloitetaan heti potilaan saadessa diagnoosi, vähennetään ravitsemustilan huononemista ja laihtumista. (Viitala 2010, 311–314.) Yksilöllisyys on tärkein asia riittävän energiansaannin turvaamiseksi (Schwab 2009, 177).

Kun potilasta kohdellaan yksilöllisesti, tärkeää on tarjota mahdollisuus sellaisiin ruokiin tai tuotteisiin, mitkä miellyttävät ja mitkä potilas kykenee syömään. Hyvä vaihtoehto on myös syödä pieniä annoksia usein. Tärkeää on syödä niinä päivinä kun ruoka maistaa oikein kunnolla. (Syöpäjärjestöt 2010a.) Ruuan määrä ja laatu



tulee kirjata tarkasti ja jos määrä on liian pieni, tulee suosia runsasenergiisiä ruokavaihtoehtoja. Energiantarve vuorokaudessa on noin 30–35 kcal ihannepainokiloa kohden. Painoindeksin tulee olla noin 23. Apuna ravitsemuksessa voidaan käyttää myös erilaisia ravintovalmisteita ja -rikasteita. (Viitala 2010, 314.) Jos potilas syö kiinteää ruokaa, mutta liian vähän, on ruokaan mahdollista lisätä esimerkiksi rasvoja, kermaa ja juustoja. Myös erilaisia täydennysvalmisteita voidaan käyttää. (Schwab 2009, 177.) Kaulan ja pään alueen sädehoito voi tehdä normaalia ruokailusta mahdotonta. Tällaisissa tapauksissa ravinnonsaanti voidaan turvata letkuruokinnalla. (Syöpäjärjestöt 2010a.)

Myös leikkaushoidon aiheuttama stressireaktio voi heikentää potilaan ravitsemustilaa. Se voi heiketä myös toimenpiteeseen liittyvien komplikaatioiden kuten tulehduksen vaikutuksesta. (Nuutinen ym. 2005, 553.) Säde- ja sytostaattihoidot vaikuttavat ravitsemustilaan aiheuttamalla useita erilaisia oireita kuten ruokahaluttomuutta, pahoinvointia, makumuutoksia, ripulia, ummetusta, suutulehduksia ja suun kuivumista. Tärkeää on jokaisen tunnustella ne omat mieluisat ruokalajit, joita vielä hoitojen aikana voi syödä. (Schwab 2009, 178–179.) Jotta säde- tai sytostaattihoito ei aiheuttaisi niin suurta pahoinvointia, on ennen hoitoja hyvä syödä jotain pientä (Syöpätaudit 2010a.)

#### 5.4 Sosiaalietuudet

Päijät-Hämeen keskussairaalassa aivokasvainpotilaiden sosiaalietuuksista kertoo yleensä tarkemmin sosiaalityöntekijä. Hän toivoo, että sosiaalityöntekijän konsultaatio pyydetäisiin jo sairastumisen alkuvaiheessa, koska tällöin kaikki sosiaaliturvaan liittyvät asiat saadaan selvitettyä ajoissa. Sosiaalityöntekijän olisi hyvä osallistua potilaan hoitoneuvotteluihin, koska yleensä syöpäpotilaiden hoito ja kuntoutus on pitkäaikaista, jolloin eteen voi tulla monia sosiaaliturvaan liittyviä asioita. (Sysmäläinen 2011.) Kettusen (2007) mukaan potilaat kokevat taloudellisten asioiden hoidossa asiantuntijan avun tarpeelliseksi. Läheisten

mukaan syöpään sairastuneet tarvitsevat apua esimerkiksi erilaisten päivittäisten asioiden järjestelyssä.

Aivokasvaintilaiden sosiaali- ja terveyspalvelut ovat samoja kuin muillekin potilasryhmille. Tärkeää on, että potilas sopisi jonkun henkilön kanssa pankki-, posti- ja mahdollisista asunnon vuokra-asioista sairaala- ja kuntoutusjaksojen aikana. Harvoin potilaat itse kykenevät sairaalasta asioitaan hoitamaan. Kun asioita hoitaa uskottu tai läheinen, siihen tarvitaan valtakirjan lisäksi usein lääkärin todistus. Lisäksi potilaan olisi hyvä ilmaista hoitotahtonsa sekä omaisille että hoitohenkilökunnalle. Potilaan tulee ilmoittaa sairastumisestaan työnantajalle tai työvoimatoimistoon. Sairaskorvauksen hakuun liittyy esimerkiksi se, onko potilas jonkin työpaikkakassan jäsen, yrittäjä vai opiskelija. Yleensä palkansaajille maksetaan täyttä palkkaa noin 1–3 kuukautta sairastumisen alusta. (Sysmälinen 2011.)

Suomessa on käytössä hoitomaksukatto, joka on 633 euroa vuosittain. Jos katto täyttyy, potilaalla on mahdollisuus hakea vapaakorttia siitä hoitolaitoksesta, missä se täyttyy. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että tämän jälkeen potilas maksaa osastohoidosta 15 euroa vuorokaudelta ja avohoidon palvelut ovat maksuttomia vuoden loppuun saakka. (Sysmälinen 2011.)

Kela korvaa potilaalle lääkärin määräämästä tutkimuksesta, hoidosta ja kuntoutuksesta aiheutuvia matkakorvauksia omavastuuosuuden (9,25 euroa yhteen suuntaan) ylittävältä osalta. Pienemmät matkakustannukset kartuttavat vuotuista omavastuuosuutta, joka on 157,25 euroa. Tämän jälkeen matkat korvataan täysimääräisenä. (Sysmälinen 2011.)

Suuri osa lääkkeistä kuuluu Suomessa korvattavien lääkkeiden piiriin. Kela korvaa lääkkeitä 42 %, 72 % tai 100 %. Erityiskorvattavuuden (kaksi suurinta luokkaa) saamiseksi tarvitaan lääkärintodistus, joka on toimitettava Kelaan ennen kuin korvauksen saa. Vuotuinen lääkekatto on 675,39 euroa, jonka jälkeisistä kuluista voi hakea korvausta Kelasta. (Sysmälinen 2011.)

Muita syöpäpotilaan mahdollisesti tarvitsemia tukia ovat muun muassa vammaistuki ja eläkkeensaajan hoitotuki, vammaispalvelulain mukainen kuljetustuki, sosiaalihuoltolain mukainen kuljetustuki, henkilökohtainen avustaja, tulkkipalvelu, kotihoidon palvelut, asunnon muutostyöt, sopeutumis- ja kuntoutuskurssit sekä omaishoidontuki. Erilaisia tukimuotoja on runsaasti, jonka takia helpointa on kysyä niistä sosiaalityöntekijältä tai kuntoutusohjaajalta. (Sysmäläinen 2011.)

## 5.5 Kivunhoito

Noin 25 % todetuista syöivistä diagnosoidaan alkaneen kivun perusteella. Syövän loppuvaiheessa kipua on jopa 90 %:lla potilaista. Aina syövän hoidolla ei kyetä poistamaan kasvaimen aiheuttamaa kipua, jolloin turvaudutaan oireenmukaiseen kivunhoitoon. (Vainio & Kalso 2009, 478.) Syöpää sairastavan kivut voivat aiheutua itse syöpäkasvaimesta, mahdollisista etäpesäkkeistä tai hoidoista. Noin 20 % syöpäpotilaiden kivuista johtuu erilaisista hoitotoimenpiteistä. Leikkaushoidon jälkeen voi esiintyä esimerkiksi akuuttia postoperatiivista kipua. Myös lääkkeet voivat sivuvaikutuksineen aiheuttaa kipua. (Hamunen 2009, 29–31.)

Onnistunut kommunikaatio hoitavan ja hoidettavan välillä vaikuttaa kivun hallintaan. Tämän takia potilaan kuuleminen on kivunlievityksen tärkein lähtökohta. (Leino 1999, 29–36.) Jokaisella syöpään sairastuneella on oikeus tietää mahdollisista kivunlievityskeinoista ja samalla oikeus kivun hyvään hoitoon. Kun syöpäkipua hoidetaan tehokkaasti, se voi parantaa huomattavasti potilaan ja läheisten jäljellä olevaa yhteistä aikaa. (Friman 2010, 318.) Kivun hoidossa tärkeää ovat myös kivun järjestelmällinen kirjaaminen ja arviointi. Kivun laatua, kestoja ja esiintymistiheyttä tulee seurata. VAS-asteikolla 1–10 voidaan seurata hoidon vastetta. Jos potilas ilmoittaa kivun olevan yli 3, tällöin kivun hoitoa tulee tehostaa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 133.)

Yleensä lääkehoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä, joista siirrytään opioideihin, kun kivut lisääntyvät. Tärkeää on, että lääkitys ei aiheuttaisi liikaa haittavaikutuk-

sia. (Friman 2010, 318.) Opioidit aiheuttavat usein ummetusta, joka omalta osaltaan aiheuttaa kipua. Opioideja käytettäessä potilaalla tulee aina olla käytössä myös laksatiivi. Ensisijaisesti tulee käyttää pehmentäviä valmisteita ja jos nämä eivät auta, vasta sitten suolta stimuloivia lääkkeitä. (Holmia ym. 2008, 136–137.) Kortisonin ja tulehduskipulääkkeiden käyttöön liittyvät ylävatsakivut. Polyneuropatia eli monihermosairaus voi puhjeta sytostaattihoidon seurauksena. Tähän liittyy varsinkin alaraajoissa esiintyvää puutumista ja kipua. (Hamunen 2009, 29–31.) Potilaan kipuun liittyen tulee tarkkailla fyysisen kivun lisäksi muutakin. Potilaan oma kokemus kivusta on ensisijaisen tärkeä. Myös henkistä vireyttä ja mielialaa tulee tarkkailla. Tähän liittyvät masennus, unettomuus ja ahdistus. Hoitajan tulee seurata lääkkeiden mahdollisesti aiheuttamia haittavaikutuksia, tehoa ja vaikutusta. (Friman 2010, 319.)

Lääkkeellisen kivunlievityksen lisäksi on muita hyviä menetelmiä käytössä. Fysikaalisten hoitojen, kuten lämpö- ja kylmähoitojen, transkutaanisen hermostimulaation ja rentoutushoitojen merkitystä ei kannata unohtaa. (Leino 1999, 29–36.) Transsedenttinen meditaatio on yksi meditaation alalaji, jota käytetään yhtenä syöpäkivun lievitysmuotona. Säännöllisesti käytettynä meditaatio tuo hyötyä kaikille elämän alueille; henkinen ja fyysinen terveys paranee, luovuus lisääntyy, suorituskyky kohoaa ja kyky läheisiin ihmissuhteisiin kasvaa. (Lindqvist-Niemelä 2005, 247–248.)

Holma, Koivula ja Joronen (2010, 284–298) ovat tutkineet kipupotilaiden kokemuksia ryhmänohjauksesta. Tutkimukseen osallistuneet kokevat saaneensa syventävää tietoa kivusta, jonka he kokevat tarpeelliseksi ja valaisevaksi. Kivunhallintamenetelmistä annettu tieto tuo uusia mahdollisuuksia kivunhallintaan. Vertaistuki ohjauksessa koetaan tärkeäksi. Samanlaisten kokemusten jakaminen koetaan helpottavaksi ja keventäväksi. Myös omaiset saavat osallistua ryhmään, jonka kautta myös he saavat monipuolista tietoa kivun vaikutuksesta elämään. Ryhmänohjaus vaikuttaa positiivisesti vaikutusmahdollisuuksien tiedostamiseen, aktiivisuuden lisääntymiseen ja perhesuhteisiin.

Kankkunen, Nousiainen ja Kylmä (2009, 15–17) ovat tutkineet pitkäaikaisesta kivusta kärsivän voimavaroja. Tutkimukseen osallistuneista 88 % on säännöllinen kipulääkitys. Lääkityksenä suurin osa käyttää mietoja tai vahvoja opioideja. 94 % käyttää lääkeyksen lisäksi yksilöllisiä kivunhallinta menetelmiä. Yksilöllisiksi kivunhallintamenetelmiksi he kuvailevat liikkumisen, levon, erilaiset kylmä- ja lämpöhoidot, venyttelyn ja rentoutuksen, kipugeelit, kääreet ja huomion siirtämisen kivusta muualle. Potilaan asiat tulee yrittää järjestää niin, ettei tarvitse kokea unettomuutta ja väsymystä, ahdistusta, masennusta, eristäytyneisyyttä, turvattu- muutta ja pelkoa. Nämä voivat entisestään heikentää kivunsietoa, vähentää voimavaroja ja huonontaa tilaa. (Friman 2010, 319.)

## 5.6 Kuntoutus

Syöpäpotilaan kuntoutusprosessi alkaa kun sairaus diagnosoidaan. Kuntoutuksen tulee kulkea käsi kädessä muun hoidon kanssa ja jatkua hoitojen jälkeen. Kuntoutuksella pyritään tukemaan voimavaroja sekä edistämään vuorovaikutusta. (Holmia ym. 2008, 139.) Aivokasvainpotilaat voivat olla keskenään hyvinkin erilaisia. Aivokasvainpotilaan oireet määräytyvät sen mukaan, missä osassa aivoja kasvain on. Tämän takia toiminnallinen kuntoutus on hankalampaa heidän kohdallaan kuin monen muun potilasryhmän. Kunnollista toiminnallista kuntoutusta tarjotaan aivokasvainpotilaille valitettavan harvoin. Toimintakyky on yksi tärkeistä osatekijöistä aivokasvainpotilaille. Noin 80 % aivokasvainpotilaista on todettu kognitiivisten taitojen heikkenemistä. (Giordana & Clara 2008, 240–241.)

Tässä opinnäytetyössä käsitellään kuntoutuksen näkökulmasta ainoastaan syöpäjärjestöjen tuottamaa kuntouttavaa toimintaa. Lahti kuuluu Etelä-Suomen syöpäyhdistykseen ja heillä on tarjonnassaan monenlaisia eri kuntoutusmuotoja syöpäpotilaille. Syöpäyhdistyksellä on Lahdessa neuvontapalvelu, jossa on neuvontaa ja keskustelua. Lisäksi siellä voi ilmoittautua eri kursseille. (Syöpäyhdistys 2011.)

Uusille syöpäpotilaille tarjotaan ensitietotunteja, joissa asiantuntijoina ovat ainakin syöpälääkäri, ravitsemussuunnittelija sekä kuntoutusohjaaja. Nämä tilaisuudet

järjestetään Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Yhdistyksellä on erilaisia tukiryhmiä, joissa keskustellaan syöpäsairauden herättämistä kysymyksistä. Ryhmiä on erikseen sairastuneille ja heidän läheisilleen sekä heille yhdessä. Lisäksi järjestetään miesten iltoja. Syöpäyhdistys tarjoaa myös erilaisia liikuntaryhmiä, tapahtumia ja retkiä. (Etelä-Suomen syöpäyhdistys 2011.) Aivokasvaintopotilaille on oma ryhmänsä Helsingissä. Tähän ryhmään voivat osallistua sellaiset potilaat, jotka ovat sairastaneet pidempään. (Etelä-Suomen syöpäyhdistys 2010.)

## 5.7 Seksuaalisuus

Seksuaalisuuden merkitys on jokaiselle ihmiselle omanlainen. Joillekin ihmisille seksuaalisuus ja seksi ovat hyvinkin tärkeitä asioita, toisille eivät. Sairaalle ihmiselle seksuaalisuus voi olla parhaimmillaan voimavara, mutta huonossa tapauksessa se voi aiheuttaa tavatonta tuskaa. (Syöpäjärjestöt 2010b.) Syövän aiheuttama kriisi ja varsinkin syövän hoito voivat aiheuttaa muutoksia seksuaalisuuteen. Seksuaalisuuden kaikki alueet tulisi ottaa huomioon silloin, kun mietitään millaisia vaikutuksia syöpä seksuaalisuuteen aiheuttaa. Seksuaalisuus on hyvin suuri ja tärkeä identiteetin osa. (Kellokumpu-Lehtinen, Väisänen & Hautamäki 2003, 237–246.)

Vakavan sairauden alkuvaiheeseen liittyy yleisesti seksuaalinen haluttomuus ainakin hetkellisesti. Potilaalle ja puolisolle tulisi kertoa, että se on täysin normaalia ja luonnollista tilanteissa, joissa elämä kokee muutoksia. Henkiset voimavarat tarvitaan uudesta tilanteesta selviytymiseen, jolloin niitä ei välttämättä enää riitä seksuaalisuudelle. Vaikka seksuaalisuuden ongelmia ilmenisikin sairastumisen jälkeen, ei fyysistä yhteyttä tulisi unohtaa. Parisuhteen jäädessä pelkän henkisen yhteyden tasolle parisuhde voi olla vaarassa. Asiasta on hyvä puhua, koska jos se voi auttaa hellyyttä pysymään parisuhteessa ja näin voidaan välttyä suurilta ongelmilta. Myös kumppanilla voi olla haluttomuutta. Tämän voi aiheuttaa esimerkiksi uuden tilanteen aiheuttama ahdistus tai tiedon puute. Sairastunut voi esimerkiksi luulla, että rakastelu pahentaa sairautta. (Rosenberg 2006, 283–284.)

Hautamäki-Lamminen, Kellokumpu-Lehtinen, Lehto, Aalto ja Miettinen (2008) ovat tutkineet potilaiden kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen sekä Hautamäki-Lamminen, Åstedt-Kurki, Lehto ja Kellokumpu-Lehtinen ym. (2010) ovat tutkineet, mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta. Hautamäki-Lamminen ym. (2008, 151–165) mukaan potilaat kokevat, että seksuaalisuuteen kuuluu hellyys ja läheisyys, kumppanuus, käsitys omasta viehättävyydestä, vahva sukupuoli-identiteetti, toisen vetovoimaisuus ja seksuaalinen nautinto. Sairaus muuttaa seksuaalisuutta monella tavalla ja siihen voi liittyä sekä positiivisia että negatiivisia kokemuksia. Potilaat eivät hyväksy itseä enää omana itsenään, mikä aiheuttaa häpeää ja kokemuksia itsestä ei-haluttavana. Vaikka puoliso kehuisi ja kertoisi toisen olevan haluttava, siihen ei välttämättä uskota, vaan epäillään siitä huolimatta.

Hautamäki-Lammisen ym. (2010, 285–290) mukaan potilaat toivovat, että ohjaus olisi potilaslähtöistä. Tällä he tarkoittavat, että jokainen otettaisiin huomioon omana itsenä ja kokemuksia arvostettaisiin. Tietoa tarvitaan jo sairastumisen alussa ja seksuaalisuudesta puhumista toivotaan kaikille kuuluvaksi, esimerkiksi osaksi hoitosuunnitelmaa. Tutkimuksen mukaan potilaille on jäänyt kuva, että mitä iäkkäämpi on, sitä varmemmin seksuaalisuudesta puhutaan. Suuri osa haluaa purkaa sydäntään ja toivoo kuuntelijaa. Minäkuvan vahvistus on tärkeä osa ohjausta, koska monelle sairastuminen aiheuttaa minäkuvan rikkoutumista. Puolison osallistuminen ohjaukseen koetaan tärkeänä. Myös hänet tulee ottaa huomioon keskusteltaessa seksuaalisuudesta ja siihen liittyvistä ongelmista. Sairaalassaoloaikana toivotaan kerrottavan vertaistuen mahdollisuuksista, koska sillä voi olla tärkeä osa sairauteen sopeutuessa. Hautamäki-Lamminen, Lipiäinen, Åstedt-Kurki, Lehto & Kellokumpu-Lehtinen (2011, 16–19) ovat tutkineet syöpäpotilaiden seksuaalisuuteen liittyviä tiedon tarpeita. Tutkimuksen mukaan suullinen tieto liittyen seksuaalisuuteen ja sen muutoksiin koetaan tärkeimpänä, mutta myös kirjallinen materiaali koetaan positiivisena asiana. Oleellisinta potilaalta on kysyä, kokeeko hän syövän vaikuttaneen seksuaalisuuteen. Tällaiset kysymykset antavat potilaille helposti mahdollisuuden purkaa sydäntä, kysyä ja kertoa.

Vaikka tieto sairastumisesta syöpään voi itsessään aiheuttaa ongelmia seksuaalisuuteen, voi toiminnallisia ongelmia syntyä myös hoidon seurauksena. Solunsalpaaja- ja hormonihoitot aiheuttavat limakalvojen kuivumista ja niiden ärtymistä. Sätehoito aiheuttaa usein vaurioita limakalvoihin ja ihoon. (Rosenberg 2006, 293.) Jos potilaalla on limakalvo-ongelmia, hänet voidaan ohjata käyttämään liukasteita. Jos ongelmat eivät ratkea, voidaan potilasta suositella käymään seksuaaliterapeutilla. Miehillä voi esiintyä eriasteisia erektiohäiriöitä, jotka voivat aiheuttaa muutoksia minäkuvassa, jos niistä ei puhuta. Virtsainkontinenssi on myös mahdollinen hoitojen aiheuttama haitta. (Rosenberg-Ryhänen 2010, 318.)

## 5.8 Hygienia ja infektiot

Solunsalpaajahoidot voivat aiheuttaa valkosolujen määrän laskua, jolloin vastustuskyky heikkenee ja se altistaa infektioille. Infektioportteja ovat esimerkiksi hengitystiet, ruuansulatuskanava, suun limakalvot ja iho. (Ruth-Salila 2010a, 299.) Nenänielun ja suoliston limakalvovaurio, laajakirjoinen antibioottilääkitys, yli kaksi viikkoa kestänyt neutropenia ja keskuskalvimokatetrin käyttö voivat altistaa erilaisille sieni-infektioille (Syrjänen, Kujala, Sinisalo & Lumio 2002, 2238).

Neutropenia on tila, jossa neutrofiilien määrä veressä on pienempi kuin viitekehysten mukaan tulee olla. Neutrofiilien tehtävä kehossa on tappaa mikrobit, jotka tunkeutuvat elimistöön. Neutropenia altistaa ihmisen bakteeri-infektioille. (Säily 2007, 260.) Varsinkin neutropenian aikana on tärkeää huolehtia puhtaudesta ja käsihygieniasta. Päivittäin tulee peseytyä ja vaihtaa puhtaat vaatteet. Alapesu tulee tehdä jokaisen ulostamiskerran jälkeen. Ihon kuntoa tulee tarkkailla, koska ihovaurioita ei saisi syntyä. (Ruth-Salila 2010b, 301–302.)

Suuri osa syöpäpotilaista kertoo heillä olevan suuongelmia. Hoitajat ovat avainhenkilöitä moniammatillisessa tiimissä liittyen suuhygieniaan. Potilaat kokevat heiltä saaneensa tiedon hyväksi ja tarpeelliseksi. Nykyään suuhygienia on yleensä



potilaiden itsensä hartioilla, mutta heille on tärkeää tarjota mahdollisuus ohjaukseen ja hoitoon. (Öhrn & Sjöden 2003, 274–282). Suun hygieniasta tulee huolehtia yhtä tarkasti kuin muusta hygieniasta. Hampaat tulee hoitaa kuntoon viimeistään ennen solunsalpaajahoidon aloitusta, koska huonosti hoidettu suu toimii infektioporttina. Suu tulisi huuhtoa jokaisen ruokailun päätteeksi. Jos suu kuivuu, voidaan kuivumisen ehkäisyyn käyttää öljyjä tai keinotekoisia sylkivalmisteita. Suun limakalvovaurioiden oireita voivat olla kipu ja polttava tunne suussa, suun kuivuminen ja haavaumat. Näitä voidaan ehkäistä hyvällä suuhygienialla. Mahdollisuuksien mukaan voidaan valita pehmeä tai nestemäinen ruoka. Suolenlimakalvovauriot tulevat esiin yleensä ripulina, haavaumina ja tulehduksena. Nämä kestävät yleensä muutaman päivän. (Ruth-Salila 2010b, 301–302.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Projektini käynnistyi talvella 2010, kun Päijät-Hämeen keskussairaalan Neurologian osaston osastonhoitaja tarjosi mahdollisuutta tuottaa opinnäytetyönä heille työyhteisöön opas aivokasvaintilaa ohjaukseen. Kiinnostukseni neurologisiin sairauksiin on suuri, jonka takia mieluusti tartuin mahdollisuuteen. Lisäksi toiminnallisen opinnäytetyön tekeminen tuntui parhaiten minulle sopivaksi, koska siinä konkreettisesti tuotetaan jotakin.

Toiminnan ohjeistaminen, opastaminen sekä toiminnan järjestäminen ja järjeistäminen ovat toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteita. Käytännössä toiminnallinen opinnäytetyö voi olla esimerkiksi ammatilliseen käyttöön tarkoitettu ohjeistus kuten perehdytysopas tai turvallisuusohjeistus. Ammattikorkeakoulussa toteutuksessa toiminnallisessa opinnäytetyössä on tärkeää, että siinä yhdistyvät käytännön toteutus sekä sen raportointi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

### 6.1 Ideointi- ja suunnittelu

Hyvä toiminnallisen opinnäytetyön aihe on sellainen, joka lähtee koulutusohjelman opinnoista ja joka sidotaan työelämään. Apuna voidaan käyttää esimerkiksi edellisiä harjoittelupaikkoja tai työyhteisöä. Tärkeää on, että toiminnallisen opinnäytetyön avulla opiskelijalla on mahdollisuus syventää tietoja ja taitoja, ja että aihe on opiskelijaa kiinnostava. Työelämästä saatu aihe tukee yleensä parhaiten ammatillista kasvua. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16–17.)

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön aihe lähti työelämästä. Suoritin erään harjoitteluni Päijät-Hämeen keskussairaalan Neurologian osastolla ja tämän jälkeen olen työskennellyt siellä sijaisena. Kyselin opinnäytetyön aihetta ja heillä osastolla oli todettu ohjauksen olevan puutteellista varsinkin aivokasvaintilaiden kohdalla. Päijät-Hämeen keskussairaalassa aivokasvaintilaiden hoidonohjauksen tulisi tapahtua syöpäpotilaan ohjausrungon mukaisesti (LIITE 1). Opinnäytetyöni on rajattu koskemaan ainoastaan syöpäpotilaan ohjausrungon mukaista ohjausta. Aivokasvaintilaa ohjauksessa toivotaan käyvän läpi myös asioita, jotka poikkeaa-

vat yleisestä syöpäpotilaan ohjausrungosta, mutta selvintä opinnäytetyön kannalta oli lähteä kokoamaan opasta tämän rungon mukaisesti. Tämän syöpäpotilaan ohjausrungon mukaan potilaan kanssa tulee käydä läpi yleisiä asioita kasvaimista, diagnoosista ja hoidosta. Potilaita ja heidän omaisiaan tulee tukea muuttuneessa elämäntilanteessa. Lisäksi potilaan kanssa tulee käydä läpi asioita ravitsemuksesta, sosiaalietuksista, kivusta, kuntoutuksesta, seksuaalisuudesta ja hygieniasta. (Syöpäpotilaan ohjausrunko.) Hoitajien on hyvä tietää perusasiat kaikista näistä, vaikka suuressa sairaalassa voidaan tarvittaessa kääntyä myös ammattilaisten puoleen.

Toiminnalliseksi opinnäytetyöksi ei riitä yksin opas, tuote tai ohjeistus, vaan tämän lisäksi edellytetään teoreettista pohjaa. Kirjoittajan on käytettävä alan tarkastelutapaa omiin valintoihinsa ja valintojen perusteluun. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 41–43.)

Aiheen rajauksen jälkeen käynnistyi lähdemateriaalin hankkiminen helmikuussa 2011. Apuna käytin useita erilaisia tietokantoja ja useita eri hakusanoja, koska myös oppaassa käsitellään monia hyvin erilaisia asioita, jotka kuitenkin liittyvät aivokasvainpotilaan ohjaukseen. Materiaalia hankin aluksi ensisijaisesti aivokasvaimista ja potilasohjauksesta yleensä, jonka jälkeen tarkensin näkökulmaa syöpäpotilaan ohjausrungossa mainittaviin asioihin.

## 6.2 Toteutus

Syyskuussa 2011 anoin lupaa toiminnalliselle opinnäytetyölleni Päijät-Hämeen keskussairaalan konservatiivisen alueen ylihoitajalta. Luvan myöntämisen jälkeen otin yhteyttä erinäisiin tahoihin, joilta toivoin kommenttia oppaan sisältöön. Eri tahot valitsin sen mukaan, ketkä ammattiryhmät normaalisti osallistuvat aivokasvainpotilaan hoitoprosessiin. Sähköpostia lähetin sosiaalityöntekijälle, ravitsemusterapeutille, fysioterapeutille ja psykiatriselle sairaanhoitajalle. Eri ammattiryhmien yhteydenotolla toivoin erilaisten näkökulmien ja asiantuntijoiden kokemusten näkymistä oppaassa. Näistä neljästä valitettavasti vain sosiaalityöntekijä ja fy-

sioterapeutti vastasivat minulle. Sosiaalityöntekijältä sain paljon apua sosiaalityönsuuden kirjoittamiseen ja oleellisten asioiden huomioimiseen. Fysioterapeutti yritti antaa esimerkkejä aivokasvaintilailaan toiminnallisesta kuntoutuksesta, mutta lopulta tämä asia rajattiin pois oppaasta. Aivokasvaintilaita on niin erilaisia, ettei asiaa olisi voitu lyhyesti tässä yhteydessä käsitellä.

Lisäksi otin yhteyttä Tampereen yliopistollisen sairaalan Neurokirurgisen osaston osastonhoitajaan ja esitin hänelle muutaman kysymyksen heidän toteuttamastaan aivokasvaintilailaan ohjauksesta ja heidän mahdollisista toiveistaan Neurologian osastolla annettavaan ohjaukseen. Kysymyksien avulla pyrin luomaan kokonaiskuvaa Päijät-Hämeen seudulla hoidettavien aivokasvaintilaiden ohjauksesta. Näiden kysymyksien vastaamiseen olisi tarvittu tutkimuslupa myös Tampereen yliopistollisesta sairaalasta, jonka takia nämä kysymykset jäivät nyt tässä yhteydessä käymättä. Jatkossa kuitenkin Neurologian osastolta ollaan yhteydessä heihin samojen kysymysten muodossa, jotta potilasohjausta saataisiin edelleen kehitettyä potilaan parhaaksi.

Tapasin lisäksi henkilökohtaisesti Päijät-Hämeen keskussairaalan syöpäpotilaiden kuntoutusohjaajan. Hän työskentelee Syöpäyhdistyksen alaisuudessa, mutta on ostopalveluna Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Häneltä sain paljon tietoa erilaisista Syöpäyhdistyksen tarjoamista kuntoutusmuodoista, joita on valtavasti. Hän esitteli minulle erilaisia oppaita, joita Syöpäyhdistys on tuottanut yleisesti syöpäpotilaiden ohjaukseen. Sain oppaat mukaani ja myös niitä tullaan jatkossa käyttämään enemmän hyväksi Neurologian osastolla aivokasvaintilailaan ohjauksessa. Tämä tapaaminen oli erittäin hyödyllinen ja herätti etsimään vielä uusista asioista tietoa opasta varten. Lisäksi jatkossa hänen ja osaston välistä yhteistyötä tullaan lisäämään, mikä on potilaiden etu.

Neurologian osaston osastonhoitaja on ollut koko ajan mukana oppaan tuottamisessa. Hän on antanut erilaisia näkökulmia ja kommentoinut opasta. Jonkinlaista kommenttia tuottamastani oppaasta antoi myös Neurologian osaston ylilääkäri. Nämä kommentit ovat olleet ensiluokkaisia tärkeitä, jotta oppaasta on saatu mahdollisimman käytännönläheinen ja käyttökelpoinen.

Toiminnallisen opinnäytetyön raportin jäsentely muuttuu usein työn edetessä useita kertoja. Tiedyt asiat tekstistä tulee kuitenkin tulla ilmi. Toiminnallisen opinnäytetyön raportoinnissa ei käytetä tutkimusraportin otsikointeja ja sisältöjä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 82–84.)

Kirjoitin toiminnallisen opinnäytetyöni kirjallista osuutta koko ajan, mutta lopullinen sisältö muotoutui vasta viimeisillä metreillä. Itse oppaan sisältö suuripiirteinen sisältö oli jo alusta hyvin selvillä, mutta yksityiskohdat täsmentyivät vähitellen. Oppaassa käsiteltäviä pääasioita on kahdeksan. Päädyin rakentamaan itse oppaan niin, että jokaisesta kahdeksasta aiheesta on yksi A4 sivu. Tällöin opas ei ole liian laaja, sillä silloin harva sitä hyödyntäisi, mutta toisaalta tähän pituuteen saadaan koottua jo melko monipuolisesti materiaalia. Lisäksi keräsin oppaaseen aivokasvainpotilaan ohjaukseen liittyviä yhteystietoja ja ohjauksessa apuna käytettävää materiaalia.

Oppaan ulkoasusta halusin mahdollisimman selkeän, jotta sitä on mahdollisimman miellyttävä lukea. Kaikki otsikot ovat väriltään saman vihreitä, kun Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän logo, jonka yksi osa Päijät-Hämeen keskussairaala on. Oppaaseen on kasattu erinäisiä kappaleita jaottelevaan ja selventämään materiaalia. Lisäksi helppolukuisuutta on haettu sillä, että jokainen lause ja toteama on kirjoitettu eri riville ja aloitettu luettelomerkillä.

Alkuperäisessä suunnitelmassa tarkoitus oli ainoastaan tuottaa opas hoitajille aivokasvainpotilaan ohjaukseen. Koska jatkossa tulen työskentelemään Neurologian osastolla ja olemaan yksi aivokasvainpotilasryhmästä vastaavista sairaanhoitajista, Neurologian osastonhoitaja halusi minun pitävän yhdessä osaston ylilääkärin kanssa koulutustilaisuuden aivokasvainpotilaan ohjaukseen liittyen. Koulutuksessa lääkäri käsitteli yleisesti glioomia, niiden hoitoa ja potilaan ennustetta. Minä käsitelin oppaassa esiteltyjä asioita sekä lisäksi muutamia asioita keräsin vielä Syöpäyhdistyksen oppaista. Koulutuksen tavoitteena oli käydä suullisesti aivokasvainpotilaan ohjaukseen liittyviä asioita, sillä koulutustilaisuus on kuitenkin aina antoisampi kuin pelkkä kirjallinen materiaali. Silloin on mahdollisuus esi-

merkiksi kysyä täsmennyksiä. Näin hoitajille tulee myös laajempi tieto tuotetusta oppaasta ja tämän hetkisistä ohjauksessa käytävistä asioista.

## 7 POHDINTA

Toiminnallisen opinnäytetyön arvioiminen on suuri osa opiskelijan oppimisprosessia, ja se voidaan toteuttaa tutkivalla asenteella (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154). Tässä pohdintaosuudessa käsittelen arvioinnin näkökulmasta ensin toiminnallisen opinnäytetyöni prosessia ja tämän jälkeen tuottamaani opasta. Annan myös muutaman jatkokehitysidean työlle. Oppaan arviointi on toteutettu itsearviointina ensisijaisesti terveyden edistämisen keskuksen kehittämän terveystieteen laatukriteeristön mukaan. Lisäksi opasta on arvioitu joidenkin kirjallisuudessa esitettyjen kriteerien mukaan.

### 7.1 Prosessin arviointi

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa opas Päijät-Hämeen keskussairaalan Neurologian osaston hoitajille aivokasvaintilaa ohjaukseen. Tavoitteena oli myös oppaan avulla kehittää Neurologian osastolla aivokasvaintilaille annettavaa ohjausta. Opas valmistui ajallaan, mutta sen hyödyllisyyttä ei vielä voida mitata, vaan tämä tapahtuu myöhemmin. Olen pyrkinyt rakentamaan oppaasta mahdollisimman käytettävän. Tätä edistää se, että opas on rakennettu syöpäpotilaan ohjausrungon mukaisesti. Vasta kun opas otetaan käyttöön, huomataan sen todelliset hyvät ja kehitettävät puolet.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastavaa mutta antoisaa ja opettavaa. Halusin alusta lähtien tehdä työn yksin, koska opinnäytetyötä aloittaessani koulussa oli paljon ryhmätöitä ja aikataulujen sopiminen oli erittäin hankalaa. Pääosin olen ollut päätökseeni tyytyväinen. Olen säästynyt aikataulutusoongelmilta ja mahdollisilta yhteistyöongelmilta, mutta toisaalta olisi ollut mukava olla toisen tekijän tuki ja olisi enemmän tullut erilaisia mielipiteitä asioihin. Näin tuottamaani oppaaseen olisi mahdollisesti saatu vielä hieman erilaista näkökulmaa.

Kohderyhmänä toiminnallisessa opinnäytetyössäni olivat Neurologian osaston hoitajat. Opas on tarkoitettu avuksi hoitajille selventämään aivokasvaintilaa ohjaukseen kuuluvia asioita. Kohderyhmästä johtuen oppaassa oli mahdollista

käyttää esimerkiksi hoitotieteen termejä. Jos opas olisi tarkoitettu potilaille, olisi kirjallista ulkoasua pitänyt miettiä varmasti tarkemmin.

Aineistonkeruu onnistui melko hyvin. Aluksi olin hyvin kriittinen lähteitä kohtaan, koska luotettavat ja tutkimukselliset lähteet vaikuttivat vähäisiltä. Riittävän laajalla haulilla ja ajankäytöllä onnistuin kuitenkin löytämään melko runsaastikin tutkittua tietoa oppaassa käsiteltävistä asioista. Myös potilasohjauksesta löytyi kiitettävästi luotettavaa tutkimustietoa. Itse aivokasvaimien käsittelyssä on käytetty myös oppikirjatasoisia lähteitä, mutta tälle ei mahda mitään. Valitettavasti esimerkiksi syöpäpotilaan ravitsemuksesta en löytänyt tutkimusta. Kymmenittäin löytyi tutkimuksia siitä, millainen ravinto vaikuttaa syövän syntyyn, mutta tämä ei ollut omassa työssäni oleellista.

Aikataulullisesti opinnäytetyön rakentaminen oli ajoittain hyvinkin haastavaa. Lähteiden haku ja yhteistyötahojen tapaamiset sekä niiden suunnittelu veivät runsaasti aikaa. Lisähaastetta toivat opinnäytetyön kanssa samanaikaisesti suoritettut muut kurssit ja työharjoittelut. Alkuperäinen suunnitelma oli, että opinnäytetyö on valmis marraskuussa 2011, ja tässä suunnitelmassa pysyttiin. On myönnettävä, että jos aikaa olisi ollut enemmän, oppaasta olisi voinut tulla monipuolisempi. Tätä perustelen sillä, että silloin olisi ollut aikaa esimerkiksi hankkia tutkimuslupa Tampereen yliopistollisesta sairaalasta ja he olisivat voineet vastata kysymyksiini aivokasvainpotilaan ohjauksen kehittamisestä.

Yhteistyö onnistui eri ammattitahojen ja yhteistyökumppanin kanssa kohtalaisesti. Olisin toivonut niiltä ammattiryhmiltä, joille lähetin sähköpostitse muutaman kysymyksen, aktiivisempaa vastaamista. Kyseessä oli kuitenkin heidän kaikkien työhönsä liittyvä opinnäytetyö. Heidän antamat vinkit ja ohjauksen parannusehdotukset olisivat tuoneet oppaaseen varmasti jotakin lisää. Vähintäänkin olisin voinut pohtia, olinko kerännyt oppaaseen olennaista tietoa ja olisiko jotain lisättävää ollut. Neurologian osaston osastonhoitaja antoi työn edetessä välikommentteja ja koin ne hyödyllisiksi, koska hän tiesi millaista tietoa aivokasvainpotilaat yleensä kaipaavat. Oma tieto perustuu kuitenkin vielä pääasiassa kirjallisuuteen eikä todellisuus ole aina sitä mitä kirjoissa sanotaan.



## 7.2 Tuotoksen arviointi

Terveysten edistämisen keskus on kehittänyt terveystieteen laatukriteeristön, jonka mukaisesti terveystietoa tulee rakentaa. Kriteeristö koostuu useista kriteereistä, joiden kaikkien ei ole välttämättä täyttyttävä. (Rouvinen-Wilenius 2008, 10). Aikaisemmin tässä opinnäytetyössä on esitetty pelkistetyksi näiden laatukriteerien seitsemän standardia ja nyt nämä standardit avataan ja niiden kautta arvioidaan itsearviointina hoitajille tarkoitettua opasta aivokasvaintilaa ohjaukseen.

Tuotetulla terveystietolla tulee olla selkeä ja konkreettinen terveystavoite. Aineiston on vahvistettava terveyttä tukevia voimavaroja sekä tarjottava mahdollisuuden terveyttä edistäviin toimintatapoihin. Otsikon on annettava selkeä kuva sisällöstä ja keskeinen sanoma on tultava aineistosta esille selvästi. (Rouvinen-Wilenius 2008, 11.) Tuottamani hoitajille tarkoitettu opas aivokasvaintilaa ohjaukseen on rakennettu työelämälähtöisesti. Päijät-Hämeen keskussairaalan Neurologian osastolla on ollut puutteita aivokasvaintilaiden ohjauksessa, jonka takia siltä lähti toive yhtenäisen oppaan tuottamiselle. Sisältö on rakennettu syöpäpotilaan ohjausrungon mukaisesti, työyhteisön tarpeita vastaavasti ja mahdollisimman monipuolisesti. Oppaan nimi antaa selkeän kuvan, mihin tarkoitukseen opas on tuotettu. Lisäksi alkusanat ja sisällysluettelo helpottavat sisällön hahmottamista. Oppaasta olisi voinut saada vielä monipuolisemman, jos syöpäpotilaan ohjausrungosta olisi poikettu. Lisäksi jonkinlainen kyselytutkimus oppaaseen toivottavista asioista olisi mahdollisesti tuonut oppaaseen sellaista tietoa, jota sieltä ei nyt löydy.

Terveystieteen tulee olla motivoiva ja kannustava sekä antaa erilaisia keinoja muutokseen. Terveysten taustatekijöinä aineistossa tulevat ilmi muun muassa psyykkiset ja fyysiset tekijät. Aineiston on kannustettava ihmisiä terveyden kannalta positiivisiin päätöksiin. (Rouvinen-Wilenius 2008, 11.) Aivokasvaintilaa ohjausoppaassa asiat on kerätty niin, että annettava ohjaus antaisi potilaalle uutta tietoa sairauteen liittyen ja antaisi mahdollisuuden kuulla niitä asioita, joilla he voivat helpottaa omaa elämäänsä. Opas koostuu useasta isommasta aiheesta, jotka

on otettu syöpäpotilaan ohjausrungosta ja sen rakenne on muotoiltu niin, että mahdollisimman monialainen joukko aivokasvainpotilaan elämään liittyviä asioita käytäisi läpi. Esimerkiksi henkinen tukeminen vaikuttaa psyykkiseen puoleen ja kuntoutus fyysiseen puoleen.

Terveysaineisto tulee olla tuotettu havainnollisesti huomioiden esimerkiksi kohderyhmän tiedontason ja kielen. Asiat tulee olla esitetty mahdollisimman johdonmukaisesti ja lyhyesti. Aineiston on herätettävä luottamusta, joka voidaan saada käyttämällä eri asiantuntijoita. Tiedon on oltava ajantasaista, perusteltua ja näyttöön perustuvaa. (Rouvinen-Wilenius 2008, 12.) Olen pyrkinyt käyttämään tuottamassani oppaassa sellaista sanastoa, jonka jokainen hoitaja kykenee ymmärtämään. Jos opas olisi ollut tarkoitettu esimerkiksi jaettavaksi potilaalle, olisi sanojen ilmaisuun ja niiden selittämiseen täytynyt varmasti kiinnittää enemmän huomiota. Olen pyrkinyt esittämään asiat mahdollisimman tiiviisti ja karsimaan vähemmän oleellisia asioita. Luottamusta olen hakenut käyttämällä eri asiantuntijoiden, kuten kuntoutusohjaajan ja sosiaalityöntekijän ammattitaitoa ja – tietoa hyödyksi. Lisäksi olen pyrkinyt käyttämään oppaan pohjana mahdollisimman paljon tutkittua tietoa.

Hyvä perehdytysmateriaali on ulkoasullisesti selkeä, havainnollinen ja johdonmukainen (Frisk 2005, 82). Perehdytykseen tarkoitettu aineisto on muistettava pitää tarpeeksi lyhyenä, jotta se on helppolukuinen. Aineiston päivittämisestä on muistettava sopia jo kun sitä tuotetaan. (Kjelin & Kuusisto 2003, 206.) Tuotetun aineiston on löydettävä mahdollisimman helposti kohderyhmän suosimista paikoista (Rouvinen-Wilenius 2008, 12). Opas on pyritty tuottamaan mahdollisimman selkeäksi ja tiiviiksi kokonaisuudeksi. Toivon kunnon otsikoiden, väriyksien ja tiiviin tekstin tuovan selkeyttä ja mukavuutta lukemiseen. Jatkossa aivokasvainpotilaan ohjausopas löytyy Neurologian osastolta kirjallisena kappaleena sekä intranetistä sähköisenä versiona. Kirjallinen versio on aina hyvä olla olemassa keskeisellä paikalla, josta se ei huku. Intranetistä oppaan saa helposti eteen, jos kirjallista versiota ei esimerkiksi juuri sillä hetkellä löydy. Intranetistä oppaan voi lukea myös muualla sairaalassa. Jatkossa opasta tulee päivittämään Neurologian osastolla syöpäpotilaista vastaava sairaanhoitaja.

### 7.3 Jatkokehitysideat

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön aikana tuotin Päijät-Hämeen keskussairaalan Neurologian osaston hoitajille oppaan aivokasvaintilaa ohjaukseen. Opa on esitelty hoitajille aiemmin mainitussa koulutuksessa ja suositeltu heitä käyttämään opasta ohjauksen apuna. Oppaan todellinen hyöty tullaan näkemään vasta ajan myötä. Toivon, että opas herättää hoitajissa keskustelua, jonka kautta aivokasvaintilaiden ohjaukseen löydettäisiin lisää uusia näkökulmia.

Jatkokehitysideana voidaan esittää tutkimuksen tekemistä oppaan vaikutuksista aivokasvaintilaa ohjaukseen. Tutkimuksen avulla selvittäisiin, onko opas auttanut hoitajia aivokasvaintilaiden ohjauksessa. Lisäksi voitaisiin selvittää, kuinka ohjausta voitaisiin kehittää vielä eteenpäin. Tällainen tutkimus toisi lisähyötyä Päijät-Hämeen keskussairaalan Neurologian osastolle, koska tällöin opasta voitaisiin kehittää sekä hoitajien että potilaiden toiveiden mukaisesti. Tällaisen tutkimuksen voisi toteuttaa esimerkiksi joku toinen sairaanhoitajaopiskelija parin vuoden kuluttua.

Vaikka Syöpäyhdistyksellä on paljon erilaisia kirjallisia oppaita annettavaksi potilaalle suullisen ohjauksen tueksi, voisi olla mahdollista tuottaa lisäksi yhtenäinen opas jaettavaksi aivokasvaintilalle. Tähän oppaaseen voitaisiin esimerkiksi koota juuri niitä asioita, jotka koskettavat mahdollisimman montaa aivokasvaindiagnoosin saanutta. Opa voisi olla tarkoitettu annettavaksi heti diagnoosin varmistuttua. Lisäksi yhtenäinen opas mahdollistaisi sen, ettei potilaalle annettaisi yhtäkkiä useaa opasta, vaan aluksi yksi pieni. Myöhemmin olisi mahdollisuus hyödyntää esimerkiksi Syöpäyhdistyksen oppaita, joita potilaat voivat itsekin tilata internetin välityksellä.

## LÄHTEET

- Ala-Fossi, M. & Heininen, E. 2003. Sijaisuus ja sijaisen työhön perehdyttäminen sairaanhoitajien näkökulmasta. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Etelä-Suomen syöpäyhdistys. 2010. Avoin aivokasvaintilaiden ja heidän läheistensä ryhmä 2011. Opaslehtinen.
- Etelä-Suomen syöpäyhdistys. 2011. Lahden seudun osasto Syke. Opaslehtinen.
- Friman, P. 2010. Syöpäkivun kokonaishoito. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. Sairaanhoitajan käsikirja. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 318–321.
- Frisk, T. 2005. Työssäoppimisen käytäntöjä. Opetusministeriö ja Opetushallitus. Helsinki: ESR.
- Giordana, M.T. & Clara, E. 2006. Functional rehabilitation and brain tumour patients. A review of outcome. *Neurol Sci* 27/2006, 240–244.
- Hamunen, K. 2009. Mitä syöpäkipu on? *Finnanest* 1/2003, 29–31.
- Harju, E., Rantanen, A., Tarkka, M-T. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Eturauhassyöpäpotilaiden ja heidän läheistensä sairaalassa saama sosiaalinen tuki. *Hoitotiede* 3/2011, 218–229.
- Hautamäki-Lamminen, K., Kellokumpu-Lehtinen, P., Lehto, J., Aalto, P., & Miettinen, M. 2008. Potilaiden kokemuksia seksuaalisuudesta ja seksuaalisuuden muuttumisesta syöpään sairastumisen jälkeen. *Hoitotiede* 3/2008, 151–165.

Hautamäki-Lamminen, K., Lipiäinen, L., Åstedt-Kurki, p., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P-L. 2011. Syöpäpotilaat ja seksuaalisuuteen liittyvät tiedon tarpeet. Tutkiva hoitotyö 3/2011, 14–21.

Hautamäki-Lamminen, K., Åstedt-Kurki, P., Lehto, J. & Kellokumpu-Lehtinen, P. 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? Hoitotiede 4/2010, 282–290.

Helén, P. 2001. Aivokasvainpotilaan seuranta. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 15/2001, 1555–1559.

Holma, S., Koivula, M. & Joronen, K. 2010. Kipupotilaiden kokemuksia ryhmänohjauksesta. Hoitotiede 4/2010, 291–301.

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6. painos. Helsinki: WSOY

Jääskeläinen, J., Mäenpää, H., Kouri, M., Ilveskoski, I. & Paetau, A. 2006. Keskushermoston kasvaimet. Teoksessa Joensuu, H., Roberts, J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) Syöpätaudit. 3.painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 570–606.

Kallio, M. 2009. Aivo- ja selkäydinkasvaimet. Lääkärin käsikirja [viitattu 1.5.2011]. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/koti?p\\_haku=aivokasvain](http://www.terveysportti.fi.aineistot.phkk.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=aivokasvain)

Kallio, M., Jääskeläinen, J. & Kouri, M. 2011. Keskushermoston kasvaimet. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) Neurologia. 2.-5. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 395–423.

Kangas, P. 2007. Perehdyttämisen suunnittelu ja toteutus. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Kankkunen, P., Nousiainen, H. & Kylmä, J. 2009. Pitkäaikaisesta kivusta kärsivän voimavarat. Tutkiva hoitotyö 2/2009, 13–19.

Kellokumpu-Lehtinen, P., Väisänen, L. & Hautamäki, K. 2003. Syöpä ja seksuaalisuus. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 3/2003, 237–246.

Kettunen, A. 2007. Suojelemista ja pidättäytymistä: läheisten kokemuksia tuesta ja vallasta vuorovaikutuksessa syöpää sairastavan kanssa. Jyväskylän yliopisto: Viestintätieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Kjelin, E. & Kuusisto, P-C. 2003. Tulokkaasta tuloksentekijäksi. Helsinki: Talentum Media Oy.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 1/2005, 10–15.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystenhuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 1/2006, 4-15.

Lahti, T. 2007. Sairaanhoitajien työhön perehdyttäminen. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Leikkola, P. 2006. Neurokirurgisen potilaan ja läheisen selviytyminen leikkauksen jälkeen. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Leino, T. 1999. Syöpäpotilaan kivunhoito perusterveydenhuollossa. Suomen lääkärilehti 1-2/1999, 29–36.

Linqvist-Niemelä, A. 2005. Syöpä ja luonnonmukaiset hoitomenetelmät. Espanja: Fuente Verde.

Lönnqvist, J. 2005. Traumaattisen psyykkisen kriisin kohtaaminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 5.10.2011]. Saatavissa: [http://www.ktl.fi/portal/suomi/pressihuone/ajankohtaista/traumaattisen\\_psyykkisen\\_kriisin\\_kohtaaminen](http://www.ktl.fi/portal/suomi/pressihuone/ajankohtaista/traumaattisen_psyykkisen_kriisin_kohtaaminen)

Nuutinen, L., Alahuhta, S. & Ala-Kokko, T. 2005. Syöpäpotilaan ravitseminen. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) Ravitsemustiede. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 552–559.

Oulun yliopiston opetuksen kehittämissyksikkö. Oppimateriaalin kehittäminen [viitattu 5.10.2011]. Saatavissa: <http://www.oulu.fi/opetkeh/kehtoimi/oppimat/index.html>

Penttinen, A. & Mäntynen, J. 2009. Työhön perehdyttäminen ja opastus – Ennakoivaa työsuojelua. 2.painos. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Pulkkinen, S. & Vesanen, P. 2010. Traumaattinen kriisi. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. Sairaanhoidajan käsikirja. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 602–604.

Rosenberg, L. 2006. Pitkäaikaissairaus, vammautuminen, seksuaalisuus. Teoksessa Apter, D., Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 281–304.

Rosenberg-Ryhänen, L. 2010a. Syöpä ja seksuaalisuus. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. Sairaanhoidajan käsikirja. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 317–318.

Rouvinen-Wilenius, P. 2008. Tavoitteena hyvä ja hyödyllinen terveysaineisto. Kriteeristö aineiston tuotannon ja arvioinnin tueksi. Terveyden edistämisen keskus [viitattu: 30.10.2011]. Saatavissa: [http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2008/2008\\_003.pdf](http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2008/2008_003.pdf)

Ruth-Salila, M. 2010a. Solunsalpaajien haittavaikutuksien ehkäisy ja hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. Sairaanhoidajan käsikirja. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 300–303.

Ruth-Salila, M. 2010b. Solunsalpaajahoidoja saavan potilaan ohjaus. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. Sairaanhoidajan käsikirja. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 299–300.

Saarelainen, S-M. 2009. Elämää syövän kanssa – narratiivinen tutkimus henkisen ja hengellisen tuen merkityksestä syöpää sairastavalle. Helsingin yliopisto: Teologian tiedekunta. Yleisen käytännöllisen teologian Pro gradu -tutkielma.

Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Salonen, A. 2004. Mentorointi ja sairaanhoidajien pätevyys. Tampereen yliopisto, Hoitotyön laitos. Pro gradu -tutkielma.

Schwab, U. 2009. Syöpätaudit. Teoksessa Hyytinen, M., Mustajoki, P., Partanen, R. & Sinisalo-Ojala, L. (toim.) Ravitsemushoito-opas. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 175–182.

Stenbäck, J. 2005. Neurologisen potilaan ohjaus hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisen kokemana. Oulun yliopisto, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu – tutkielma.

Syrjänen, J., Kujala, P., Sinisalo, M. & Lumio, J. 2002. Syöpäpotilaiden infektioiden ehkäisy mikrobilääkkein. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 21/2002, 2233–2239.

Sysmäläinen, M. 2011. Vs: Opas hoitajalle aivokasvaintapilaan ohjaukseen. [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Jääskeläinen, P. Lähetetty 21.10.2011.



Syöpäjärjestöt. 2010a. Ravinto [viitattu 19.9.2011]. Saatavissa:

<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/hyvinvointi/ravinto/>

Syöpäjärjestöt. 2010b. Parisuhde ja seksuaalisuus [viitattu 11.9.2011]. Saatavissa:

<http://www.cancer.fi/potilaatjalaheiset/parisuhde/>

Syöpäpotilaan ohjausrunko. 2011. Syöpäsairaanhoitajaryhmä. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä.

Säily, M. 2007. Neutropenia ja agranulosytoosi. Teoksessa Ruutu, T., Rajamäki, A., Lassila, R. & Porkka, K. (toim.) Veritaudit. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 260–272.

Vainio, A. & Kalso, E. 2009. Syöpätauteihin liittyvä kipu. Teoksessa Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 478–507.

Viitala, H. 2010. Syöpäpotilaan ravitseminen. Teoksessa Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E. & Rasimus, M. Sairaanhoitajan käsikirja. 5. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 311–314.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Öhrn, K. & Sjöden, P. 2003, Experiences of oral care in patients with haematological malignancies or head and neck cancer. *European Journal of Cancer Care* 12/2003, 274–282.

## LIITTEET

## Liite 1

## SYÖPÄPOTILAAN OHJAUS

	PKL	PVM & NIMIKIRJAIMET		
		OS	SYÖP	MUU
1. TIETOA DIAGNOOSISTA JA HOIDOSTA				
▣ hoitajan antama tieto erikoisalan mukaan	▣			
▣ Syke - lehtinen (syöpäyhdistyksen yhteystiedot)	▣			
▣ Syöpäpotilaan ensitieto-opas (Selviytyjän matkaopas)	▣			
▣ Syöpäpotilaan sosiaali- ja terveyspalvelut pähkinäkuoressa -opas	▣			
▣ Syöpäpotilaan ravitsemus -opas	▣			
▣ Opas syöpäpotilaan läheiselle	▣			
▣ muut oppaat:	▣			
2. HENKINEN TUKEMINEN				
▣ potilaan tukeminen syöpädiagnoosin käsittelyssä	▣			
▣ omaisten tukeminen	▣			
▣ lisääntynyt tuen tarve etenkin palliatiivisessa vaiheessa	▣			
▣ tarvittaessa psykiatrisen sairaanhoitajan konsultaatio	▣			
▣ tarvittaessa sairaalapastorin tapaaminen	▣			
3. RAVITSEMUS				
▣ huomioidaan äkillinen painonlasku	▣			
▣ lisäravinteet	▣			
▣ riittävä nesteytys	▣			
▣ huomioidaan potilaan toiveet	▣			
▣ tarvittaessa yhteys ravitsemussuunnittelijaan	▣			
4. SOSIAALIETUUDET				
▣ maksusitoumus (peruukki, rintaproteesi ym.)	▣			
▣ lääkekorvaus, hoito- ja matkakorvaus	▣			
▣ yhteys sosiaalityöntekijään	▣			
5. KIVUNHOITO				
▣ riittävä kipulääkitys	▣			
▣ tarvittaessa yhteys kipulääkäriin	▣			
▣ kipuklinikan yhteystiedot	▣			
▣ asento- ja liikuntahoidot	▣			
▣ apuvälineet liikkumista helpottamaan	▣			
▣ Syöpäpotilaan kivun hoito -opas	▣			
6. KUNTOUTUS				
▣ potilaan ja hänen läheistensä tukemista ja ohjausta	▣			
▣ tietoa tuki- ja kuntoutuspalveluista	▣			
▣ tietoa vertaistuesta ja syöpäyhdistyksen toiminnasta	▣			
▣ ensitieto- ja sopeutumisvalmennuskurssit	▣			
▣ yhteys kuntoutusohjaajaan	▣			
7. SEKSUAALISUUS				
▣ hoitajan antama ohjaus	▣			
▣ suojaus sytostaattihoidon aikana	▣			
▣ Seksuaalisuus ja syöpä -opas	▣			
▣ tarvittaessa yhteys seksuaalisuusneuvojaan	▣			
8. HYGIENIA JA INFEKTIOIDEN HOITO				
▣ käsihygienian ohjaus	▣			
▣ suunhoidon ohjaus	▣			
▣ intiimihygienia	▣			
▣ tartuntojen välttäminen.	▣			
▣ iho-ongelmien paikallishoito	▣			

# OPAS HOITAJALLE AIVOKASVAINPOTILAAN OHJAUKSEEN

Pipsa Jääskeläinen  
Sairaanhoitajaopiskelija

## Tiedoksi oppaan käyttäjälle

Käsissäsi on toiminnallisena opinnäytetyönä tuottamani opas. Tämä hoitajille tarkoitettu aivokasvainpotilaiden ohjausopas on kehitetty, jotta potilaan ohjauksesta tulisi luonnollinen osa potilaan hoitoa ja ohjauksessa keskityttäisiin tärkeisiin aihealueisiin. Ohjausta tulee lisätä, koska nykyään sen osuus muuhun hoitotyöhön verrattuna on liian vähäinen. Opas on rakennettu vastaamaan syöpäpotilaan ohjausrunkoa, jonka on rakentanut syöpäsairaanhoitajaryhmä. Ohjausrunko on luettavissa oppaan viimeiseltä sivulta. Hoitajan on tärkeää kyetä rajaamaan eri potilaille annettavaa ohjausta ja sen määrää.

Oppaan tavoitteena on tukea aivokasvainpotilaalle annettavaa ohjausta ja tuoda esille tärkeitä ohjauksen aiheita. Ohjauksen kautta tavoite on lisätä potilaiden tietoutta sairaudestaan ja siihen liittyvistä asioista.

Toivon, että oppaasta on mahdollisimman paljon hyötyä aivokasvainpotilaan ohjauksessa.

*Pipsa Jääskeläinen*

# SISÄLLYS

<b>Aivokasvaimet</b>	<b>4</b>
<b>Henkinen tukeminen</b>	<b>5</b>
<b>Kivunhoito</b>	<b>6</b>
<b>Hygienia ja infektiot</b>	<b>7</b>
<b>Seksuaalisuus</b>	<b>8</b>
<b>Ravitsemus</b>	<b>9</b>
<b>Sosiaali- ja terveyspalvelut</b>	<b>10</b>
<b>Kuntoutus</b>	<b>11</b>
<b>Yhteystietoja</b>	<b>12</b>
<b>Käytä hyödyksesi ohjauksessa</b>	<b>13</b>

# AIVOKASVAIMET

- Suomessa todetaan vuosittain yli 600 uutta aivokasvaintapausta eli noin kymmenen tapausta 100 000 ihmistä kohden
- Kaikista kasvaintyypeistä aivokasvaimet muodostavat noin 3 %
- **GLIOOMA**
  - Gliooma on aivokasvaimista tavallisin primaari kasvain muodostaen noin puolet primaareista kasvaimista
  - Saa alkunsa tukisoluista, jotka ympäröivät aivokudoksen hermosoluja
  - Hoitona leikkaus, jonka jälkeen annetaan solunsalpaajahoidoa estämään kasvaimen kasvu
  - Sätehoitoa voidaan antaa primaarisena tai postoperatiivisesti
  - Glioblastooma on glioomista yleisin ja pahanlaatuisin
  - Kasvainten elinajanodotteen keskiaika on noin vuosi
- **MENINGEOOMA**
  - Yli 90 % meningeoomista on hyvänlaatuisia
  - Kasvaa lukinkalvon soluista ja kiinnittyy kovakalvoon
  - Meningeooma työntää tieltään aivohermoja ja – kudosta
  - Meningeoomat ovat neurokirurgisesti hoidettavista kasvaimista tärkein
  - Leikkauksen lisäksi hoitona käytetään joskus sädehoitoa
  - Tavallisimpia oireita ovat päänsärky ja epileptiset kohtaukset
- **SCHWANNOOMA ELI NEURINOOMA**
  - Lähestulkoon aina hyvälaatuinen kasvain
  - Tarkkarajainen ja hitaasti kasvava kasvain, joka lähtee kasvamaan Schwannin soluista
  - Ensisijainen hoito on leikkaus, joka on melkein aina parantava hoitokeino
  - Tavallisimpia oireita ovat päänsärky ja epileptiset kohtaukset
- **HYPOFYYSIADENOOMA ELI AIVOLISÄKKEEN KASVAIN**
  - Normaalisti hidaskasvuinen ja hyvälaatuinen kasvain
  - Saa alkunsa tukisoluista
  - Noin 75 % kasvaimista erittää hormonia, joka aiheuttaa pään, leuan, nenän, jalkojen ja käsien suurenemista sekä maidon erityistä ja lapsettomuutta
  - Loput 25 % kasvaimista voi aiheuttaa näön heikentymistä ja aivolisäkkeen toiminnan vajausta
  - Hoitona käytetään kasvaimen poistoa ja lääkehoitoa

# HENKINEN TUKEMINEN

- Potilaalle on tärkeää osoittaa tukea silloinkin, kun tämä ei haluaisi välttämättä vastaanottaa tukea
- Vaikka potilaalla on huono päivä, häntä tulee kuunnella ja ymmärtää samalla tavalla kuin parempina päivinä
- Tukemisessa on myös tärkeää olla välillä muistuttamatta potilasta syövästä ja keskustella muistakin asioista kuin voinnista
- Potilasta voi lannistaa liiallinen hössötys ja se koetaan negatiivisena
- **KRIISIREAKTIO**
- Kriisireaktio voi syntyä esimerkiksi ihmisen sairastuttua vakavasti
- Jokaisen kriisi on yksilöllinen, yleensä jaetaan neljään vaiheeseen
- **SOKKIVAIHE**
  - Kesto enintään muutaman vuorokauden
  - Oireet
    - Asioiden kieltäminen, asioiden todellisuuden ymmärtämättömyys, epäjohtonmukainen käytös, lamaantuminen, vapina, sydämen tykytykset ja pahoinvointi
  - Apua tulee tarjota aktiivisesti, koska potilas ei kykene arvioimaan avuntarvetta
  - Hoitajan tulee olla läsnä: kuunnella, koskea, antaa tietoa ja järjestää apua
  - Tietoa on annettava totuudenmukaisesti ja selkeästi sekä apua konkreettisesti
  - Potilaalla ilmenee lähes aina voimakas ja negatiivinen tunne kuullessaan syöpädiagnoosista
- **REAKTIOVAIHE**
  - Kesto viikosta kuukausiin
  - Oireet
    - Voimakkaat tunteet, asioiden kieltäminen, pelko, ahdistus, itkuisuus ja viha
  - Tärkeää on auttaa potilasta kohtaamaan uusi, muuttunut todellisuus ja käsitellä asiaa potilaan ehdoilla sekä antaa ajantasaista ja rehellistä tietoa
  - Auttajan tehtävänä on arvioida, kuinka paljon tietoa potilas kykenee käsittelemään
  - Tiedon antamisen lisäksi yhtä tärkeää on kuunnella aktiivisesti potilasta ja ymmärtää psykistä kipua
  - Myötäeläminen tulee muistaa kuuntelemisen ja keskustelemisen rinnalla
- **LÄPITYÖSKENTELYVAIHE**
  - Kesto muutamasta kuukaudesta vuoteen
  - Huomio kohdistetaan tapahtumien työstämiseen ja ymmärtämiseen
  - Tärkeää on tukea potilasta suuntaamaan elämä eteenpäin ja antaa tietoa mahdollisista tukipalveluista sekä kriisin vaikutuksista
- **UUDELLEENSUUNTAUTUMISEN VAIHE**
  - Trauma koetaan turskanviiltoina, jotka ovat hetkellisiä
  - Menetetyn tilalle löytyy uusia asioita, joita tulee vaalia
  - Hoitavalta henkilöltä edellytetään uudelleen suuntautumisen vaiheessa rauhallista rohkaisua, pitkäjänteisyyttä ja optimismia

# KIVUNHOITO

- Noin 25 % todetuista syövästä diagnosoidaan alkaneen kivun perusteella
- Syövän loppuvaiheessa kipua on jopa 90 % potilaista
- Syöpää sairastavan kivut voivat aiheutua itse syöpäkasvaimesta, mahdollisista etäpesäkkeistä tai hoidoista
  - Leikkaushoidon jälkeen voi esiintyä esimerkiksi akuuttia postoperatiivista kipua
  - Lääkkeiden sivuvaikutukset voivat aiheuttaa kipua
  - Noin 20 % syöpäpotilaiden kivuista johtuu erilaisista hoitotoimenpiteistä
- Aina syövän hoidolla ei kyetä poistamaan kasvaimen aiheuttamaa kipua, jolloin turvaudutaan oireenmukaiseen kivunhoitoon
- **KIVUNHOIDON MAHDOLLISUUDET**
- Yleensä lääkehoito aloitetaan tulehduskipulääkkeillä, joista siirrytään opioideihin kun kivut lisääntyvät
- Lämpö- ja kylmähoidot, kipugeelit
- Transkutaaninen hermostimulaatio
  - Kosketushermopäätteitä ärsytetään sähköisesti, jolloin ärsykkeet estävät kipuärsykkeiden etenemisen selkäytimestä aivoihin
- Rentoutushoidot, venyttely, liikunta
  - Henkinen ja fyysinen terveys paranee, luovuus lisääntyy, suorituskyky kohoaa ja kyky läheisiin ihmissuhteisiin kasvaa
- Ryhmänohjaus
  - Vertaistuki, samanlaiset kokemukset, eri kivunhallintamenetelmistä kertominen
  - Ryhmänohjaus vaikuttaa positiivisesti vaikutusmahdollisuuksien tiedostamiseen, aktiivisuuden lisääntymiseen ja perhesuhteisiin
- Hoitajan tulee seurata lääkkeiden mahdollisesti aiheuttamia haittavaikutuksia ja tehoa
- Potilaan fyysisen kivun lisäksi tulee tarkkailla mielialaa ja henkistä vireyttä
- **OHJAUS**
- Onnistunut kommunikaatio hoitavan ja hoidettavan välillä vaikuttaa kivun hallintaan
- Potilaan kuuleminen on kivunlievityksen tärkein lähtökohta ja potilaan oma kokemus kivusta on ensisijaisen tärkeä
- Kivun järjestelmällinen kirjaus ja arviointi
  - Laadun, keston ja esiintymistiheyden seuraaminen
  - VAS-asteikon käyttö hoidon vasteen seuraamiseen, jos yli 3 kivun hoitoa tulee tehostaa
- Jokaisella syöpään sairastuneella on oikeus tietää mahdollisista kivunlievitysketjuista ja samalla oikeus kivun hyvään hoitoon
- Kun syöpäkipua hoidetaan tehokkaasti, se voi parantaa huomattavasti potilaan ja läheisten jäljellä olevaa yhteistä aikaa
- Opioidit aiheuttavat usein ummetusta, joka omalta osaltaan aiheuttaa kipua (muista laksatiivi!)
- Kortisonin ja tulehduskipulääkkeiden käyttöön liittyvät ylivatsakivut
- Polyneuropatia eli monihermosairaus voi puhjeta sytostaattihoidon seurauksena
  - Alaraajoissa esiintyvää puutumista ja kipua



# HYGIENIA JA INFEKTIOT

- Solunsalpaajahoidot voivat aiheuttaa valkosolujen määrän laskua, jolloin vastustuskyky heikkenee, mikä altistaa infektioille
- Infektiopotteja
  - Hengitystiet
  - Ruuansulatuskanava
  - Suun limakalvot
  - Iho
- Nenänielun ja suoliston limakalvovaurio, laajakirjoinen antibioottilääkitys, yli kaksi viikkoa kestänyt neutropenia ja keskuslaskimokatettrin käyttö voivat altistaa erilaisille sieni-infektioille
- **NEUTROPENIA**
- Tila, jossa neutrofiilien määrä veressä on pienempi kuin viitekehyksen mukaan tulee olla
- Neutropenia altistaa ihmisen bakteeri-infektioille
  - Tärkeää huolehtia puhtaudesta ja käsihygieniasta
  - Päivittäin tulee peseytyä ja vaihtaa puhtaat vaatteet
  - Alapesu tulee tehdä jokaisen ulostamiskerran jälkeen
  - Ihon kuntoa tulee tarkkailla, koska ihovaurioita ei saisi syntyä
- **SUUN HYGIENIA**
- Suuri osa syöpäpotilaista kertoo heillä olevan suuongelmia
- Hoitajat ovat avainhenkilöitä moniammatillisessa tiimissä liittyen suuhygieniaan
  - Nykyään suuhygienia on yleensä potilaiden itsensä hartiolla, mutta heille on tärkeää tarjota mahdollisuus ohjaukseen ja hoitoon
  - Suun hygieniasta tulee huolehtia yhtä tarkasti kuin muusta hygieniasta
  - Hampaat tulee hoitaa kuntoon viimeistään ennen solunsalpaajahoidon aloitusta, koska huonosti hoidettu suu toimii infektioporttina
  - Suu tulee huuhtoa jokaisen ruokailun päätteeksi
  - Jos suu kuivuu, sen ehkäisyyn voidaan käyttää öljyjä tai keinotekoisia sylkivalmisteita
  - Suun limakalvovaurioiden oireita voivat olla:
    - Kipu
    - Polttava tunne suussa
    - Suun kuivuminen
    - Haavaumat
  - Näitä voidaan ehkäistä hyvällä suuhygienialla
  - Mahdollisuuksien mukaan potilaalle voidaan valita pehmeä tai nestemäinen ruoka
  - Suolenlimakalvovauriot tulevat esiin yleensä ripulina, haavaumina ja tulehduksen, jotka kestävät yleensä muutaman päivän

# SEKSUAALISUUS

- Seksuaalisuuden merkitys on jokaiselle ihmiselle omanlainen
- Sairaalle ihmiselle seksuaalisuus voi parhaimmillaan olla voimavara, mutta huonossa tapauksessa se voi aiheuttaa tavatonta tuskaa
- Syövän aiheuttama kriisi ja varsinkin syövän hoito voivat aiheuttaa muutoksia seksuaalisuuteen
- Seksuaalisuuden kaikki alueet tulee ottaa huomioon silloin, kun mietitään millaisia vaikutuksia syöpä seksuaalisuuteen aiheuttaa
- Potilaat kokevat, että seksuaalisuuteen kuuluu hellyys ja läheisyys, kumppanuus, käsitys omasta viehätävyydestä, vahva sukupuoli-identiteetti, toisen vetovoimaisuus ja seksuaalinen nautinto
- **SEKSUAALINEN HALUTTOMUUS**
  - Vakavan sairauden alkuvaiheeseen liittyy yleisesti seksuaalinen haluttomuus ainakin hetkellisesti
  - Henkiset voimavarat tarvitaan uudesta tilanteesta selviytymiseen, jolloin niitä ei välttämättä enää riitä seksuaalisuudelle
  - Haluttomuus on täysin normaalia ja luonnollista tilanteissa, joissa elämässä tapahtuu muutoksia
  - Vaikka seksuaalisuuden ongelmia ilmenisikin sairastumisen jälkeen, ei fyysistä yhteyttä tule unohtaa
  - Potilaan ja hänen puolisonsa kanssa tulee keskustella asioista avoimesti
  - Solunsalpaaja-, sädehoito- ja hormonihoitot aiheuttavat yleisesti limakalvojen kuivumista ja niiden ärtymistä
  - Limakalvo-ongelmissa voidaan käyttää liukasteita
  - Virtsainkontinenssi on myös mahdollinen hoitojen aiheuttama haitta
- **OHJAUS**
  - Oleellisinta on kysyä potilaalta, kokeeko hän syövän vaikuttaneen seksuaalisuuteen
  - Tällaiset kysymykset antavat helposti potilaille mahdollisuuden purkaa sydäntä, kysyä ja kertoa
  - Tietoa seksuaalisuuden muutoksista tarvitaan heti sairastumisen alussa
  - Seksuaalisuudesta puhumista toivotaan kuuluvaksi kaikille
  - Potilaat toivovat, että ohjaus olisi potilaslähtöistä
  - Minäkuvan vahvistus on tärkeä osa ohjausta, koska monelle sairastuminen aiheuttaa minäkuvan rikkoutumista
  - Potilaat kokevat myös puolison ohjauksen tärkeänä
  - Sairaalassaoloaikana toivotaan kerrottavan vertaistuen mahdollisuuksista, koska sillä voi olla tärkeä osa sairauteen sopeutumisessa

# RAVITSEMUS

- Hyvä ravitsemustila on syöpäpotilaan hoidon kulmakivi
- Syöpätauti voi suurella todennäköisyydellä aiheuttaa potilaalle vajaaravitsemusvaaran
- 20–80 % syöpäpotilaista on aliravittuja
- Jos aliravitsemustilaa ei hoideta, se voi johtaa elämän laadun heikkenemiseen, masennukseen, väsymykseen, lihasheikkouteen ja huonoon syöpähoitojen sietokykyyn sekä suurentuneeseen infektioherkkyyteen
- **MUUTOKSET RAVITSEMUSTILASSA**
  - Syöpäkasvain voi erittää erilaisia nesteitä, jotka voivat aiheuttaa potilaalle aineenvaihdunnan muutoksia, rasva- ja lihaskudoksen menetystä ja syömisen vähenemistä, jotka taas aiheuttavat painon laskua
  - Leikkaus-, solunsalpaaja- ja sädehoito voivat aiheuttaa sekä lyhyt- että pitkäkestoisia ongelmia ravitsemukseen
  - Leikkaushoidon aiheuttama stressireaktio tai infektiot voivat heikentää potilaan ravitsemustilaa
  - Säde- ja sytostaattihoidot vaikuttavat ravitsemustilaan aiheuttamalla useita erilaisia oireita kuten ruokahaluttomuutta, pahoinvointia, makumuutoksia, ripulia, ummetusta, suutulehduksia ja suun kuivumista
  - Kortisoni- ja hormonihoito voivat aiheuttaa ruokahalun lisääntymistä ja painon nousua
  - Hyvällä ravitsemustilalla edistetään erilaisten syöpähoitojen sietoa, vähennetään infektioita ja leikkauskomplikaatioita, lyhennetään sairaalassaoloaikaa sekä parannetaan potilaan elämänlaatua
- Syöpäpotilaan ravitsemuksen hoitamiseen kuuluvat ravitsemusohjaus, ravitsemustilan arviointi, ravintovalmisteiden käyttö ja tarvittaessa myös letku- tai parenteraalinen ravitsemus ja sen seuranta
- **OHJAUS**
  - Yksilöllisyyden huomioon ottaminen on tärkein asia riittävän energiansaannin turvaamiseksi
  - Ravitsemuksesta puhuminen ja ravitsemustilan hoito on aloitettava heti kun kasvain todetaan, koska silloin vältetään ravitsemustilan huononeminen ja laihtuminen
  - Tarjotaan mahdollisuus mieliruokiin ja sellaisiin ruokiin, joita kyetään syömään
  - Jos ruokahalu on huono, pyrittävä syömään pieniä annoksia usein
  - Ohjataan syömään kunnolla niinä päivinä kun ruoka maistaa
  - Ruuan määrä ja laatu tulee kirjata tarkasti ja jos määrä on liian pieni, tulee suosia runsasenergiaisia ruokavaihtoehtoja
    - Rasvat, kermat ja juustot
  - Apuna ravitsemuksessa voidaan käyttää myös erilaisia ravintovalmisteita ja –rikasteita
  - Energiantarve vuorokaudessa on noin 30–35 kcal ihannepainokiloa kohden
  - Painoindeksi tulee olla noin 23 (kts. [www.painoindeksi.org](http://www.painoindeksi.org))
  - Kaulan ja pään alueen sädehoito voi tehdä normaalista ruokailusta mahdotonta
    - Tällaisissa tapauksissa ravinnonsaanti voidaan turvata letkuruokinnalla

# SOSIAALIETUUDET

- Potilaan tulisi sopia, kuka hoitaa päivittäiset asiat sairaala- ja kuntoutusjaksojen aikana
  - Valtakirja, lääkärin allekirjoittama todistus
- Potilas tulee ohjata ilmoittamaan työnantajalle tai työvoimatoimistoon (työttömät) sairastumisesta
- Työikäisille potilaille on hyvä pyytää lääkäriltä todistus sairastumisen alkuvaiheessa
- Sosiaalityöntekijän konsultaatio jo sairastumisen alkuvaiheessa, jotta kaikki mahdolliset sosiaaliturva-asiat selvitetään ajoissa, jos potilas/omainen ei kykene asioita selvittämään
- **SAIRAUSPÄIVÄRAHA**
- Palkansaajille maksetaan yleensä täyttä palkkaa 1-3 kuukautta
- Kelan sairauspäivärahaa maksetaan enintään 300 arkipäivältä
- Jos työkyvyttömyys jatkuu pidempään, voi hakea kuntoutustukea tai työkyvyttömyyseläkettä
- Liitteeksi lääkärin allekirjoittama sairauslomatodistus
- **VAMMAISTUKI**
- Kelasta voi hakea 16 vuotta täyttänyt potilas, jolle sairaudesta tai vammasta on olennaista haittaa, avuntarvetta, ohjauksen tai valvonnan tarvetta ja/tai erityiskustannuksia ja toimintakyky on alentunut vähintään vuoden ajaksi
- Toimintakyky on heikentynyt silloin, kun sairaus tai vamma heikentää kykyä huolehtia itsestä, selviytyä välttämättömistä kotitaloustöistä tai selviytyä työ- ja opiskelutehtävistä
- **HOITOMAKSUKATTO**
- Vuosikatto 633 e/v kunnallisessa terveydenhuollossa
- Maksukaton täytyttyä potilas voi hakea vapaakorttia siitä hoitolaitoksesta, jossa se täyttyy
- Vapaakortilla osastohoito 15 e/vrk, avohoidon palvelut maksuttomia vuoden loppuun
- **MATKAKORVAUKSET**
- Kela korvaa tutkimuksesta, hoidosta ja kuntoutuksesta aiheutuvat kustannukset omavastuun (9,25 e yhteen suuntaan) ylittävältä osalta pääasiassa julkisten mukaan
- Pienemmät matkakustannukset kartuttavat kalenterivuotista omavastuuosuutta, joka on 157,25 e, jonka jälkeen matkat korvataan täysimääräisenä
- Matkoja voi kerätä Kelan matkakorvauslomakkeelle
- **LÄÄKKEET JA LÄÄKEKATTO**
- Suurin osa lääkkeistä kuuluu korvattavien lääkkeiden piiriin
- Erityiskorvattavuuden (72 % tai 100 %) saamiseksi tarvitaan lääkärin allekirjoittama SVB-todistus, joka täytyy toimittaa Kelaan ennen korvausten saamista
- Lääkekatto vuodessa 675,39 e, jonka jälkeen voi hakea korvausta kustannuksista Kelalta
- Muita tukimuotoja esimerkiksi kuntoutustuki, työkyvyttömyyseläke, osatyökyvyttömyys-eläke, vammaistuki ja eläkkeensaajan hoitotuki, vammaispalvelulain mukainen kuljetustuki, sosiaalihuoltolain mukainen kuljetustuki ja henkilökohtainen avustaja

# KUNTOUTUS

- **Syöpäyhdistyksen neuvontapalvelu**
    - Tarjoaa potilasohjausta ja neuvontaa syöpäpotilaille ja heidän läheisilleen Lahdessa
  - **Tukihenkilö**
    - Tukihenkilöillä on henkilökohtainen kokemus syövästä sairaudesta
    - Ovat saaneet tehtävänsä koulutuksen
    - Yhteydenotto on luottamuksellinen ja vaitioloon sidottu
  - **Vertaistukiryhmät**
    - Tukiryhmä uusille syöpädiagnoosin saaneille potilaille ja heidän läheisilleen
    - Keskusteluryhmä hoidossa käyvän potilaan läheisille
    - Miesten illat
  - **Keskusteluryhmä hoidossa käyvän läheisille**
    - Mahdollista saada vertaistukea ja pohtia uutta elämäntilannetta
  - **Ensitietotunnit uusille potilaille ja läheisille**
    - Päijät-Hämeen keskussairaalan koulutustiloissa
    - Asiantuntijoina mm. syöpälääkäri, ravitsemusterapeutti ja kuntoutusohjaaja
  - **Aivokasvainpotilaiden ja heidän läheistensä ryhmä**
    - Kokoontuu Helsingissä
    - Pidemmän aikaa sairastaneille
  - **Erilaisia liikuntaryhmiä**
  - **Tapahtumia, retkiä**
- 
- Ilmoittautuminen ensitietotunneille ja muihin ryhmiin sekä lisätiedot kuntoutusohjaaja Eija-Liisa Aaltolan kautta

# YHTEYSTIETOJA

- **Etelä-Suomen syöpäyhdistys**

Hämeenkatu 7 A 6

15110 Lahti

puh. 03 751 0569

Ti-To: 9-15

Neuvonta, keskustelu, tiedustelut, ajanvaraus, ilmoittautumiset kursseille ja ryhmiin, jäsenasiat

- **Syöpäyhteys**

Valtakunnallinen maksuton neuvontapalvelu

Ma: 10-14 & 16-18, Ti-Pe: 10-14

- **Kuntoutusohjaaja**

Päijät-Hämeen keskussairaala

Eija-Liisa Aaltola

puh. 03 819 2647

Ma-To: 8-16 & Pe: 8-13.30

Neuvonta, tiedustelut, ilmoittautumiset kursseille ja ryhmiin, kotikäynnit

- **Sosiaalityöntekijä**

Päijät-Hämeen keskussairaala

Mirja Sysmäläinen

puh. (03) 819 2589

- **Ravitsemusterapeutti**

Päijät-Hämeen keskussairaala

Päivi Hirviniemi

puh. (03) 819 6010

## KÄYTÄ HYVÄKSESI OHJAUKSESSA

- Salmenperä, R., Tuli, S. & Virta, M. 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Soinila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) 2011. Neurologia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Joensuu, H., Roberts, J., Teppo, L. & Tenhunen, M. (toim.) 2006. Syöpätaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY
- Syöpäjärjestöt, [www.cancer.fi](http://www.cancer.fi)
- Kela, [www.kela.fi](http://www.kela.fi)

## Syöpäyhdistyksen oppaat potilaille

- Selviytyjän matkaopas
- Nuoren perheen selviytymisopas
- Tietoa aikuisten aivokasvaimista
- Seksuaalisuus ja syöpä
- Syöpäpotilaan ravitsemusopas
- Syöpäpotilaan sosiaalietuudet 2011 pähkinäkuoressa
- Ohjeita sinulle joka saat syöpälääkehoitoa
- Ohjeita sinulle joka saat sädehoitoa
- Takaisin töihin syövästä huolimatta
- Opas syöpäpotilaan läheiselle